BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

TOME XX — 1894

0 1 2 3 4 5 (cm)

Paris. — Imp. PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi (Cl.) 51.12.94.

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

PUBLIÉS PAR LES SOINS DES SECRÉTAIRES DE LA SOCIÉTÉ

M. CH. MONOD
Secrétaire général,

ET

MM. J.-J. PEYROT ET PAUL SEGOND
Secrétaires annuels.

TOME XX — 1894



PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

1894



PERSONNEL

DE LA

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE

COMPOSITION DU BUREAU POUR L'ANNÉE 1894

Président	MM. L. Championnière.
Vice-Président	Th. Anger.
Secrétaire général	Ch. Monod.
Secrétaires annuels	Peyrot et Segond.
Trésorier	Schwartz.
Archiviste	Reclus.

MEMBRES HONORAIRES

MM.

26 juillet 1893.... — Chauvel, titulaire de.................. 1882
19 octobre 1887... — Cruveilhier, titulaire de 1868
23 janvier 1861... — Deguise, titulaire de................... 1844
4 novembre 1882. — Désormeaux, titulaire de 1853
20 novembre 1889. — Després, titulaire de.................. 1855
29 mars 1882..... — Dubreuil, titulaire de................. 1872
5 mai 1886...... — Duplay, titulaire de.................... 1850
28 mars 1886..... — Guéniot, titulaire de.................. 1868
15 mars 1876..... — Guérin (Alphonse), titulaire de......... 1853
22 novembre 1882. — Guyon (Félix), titulaire de............. 1863
3 mars 1886..... — L. Labbé, titulaire de................. 1865
23 janvier 1889... — Lannelongue, titulaire de............... 1872
20 décembre 1867. — Larrey (baron), titulaire de............ 1849
17 février 1892.... — Le Dentu, titulaire de................. 1873
31 octobre 1888... — Magitot, titulaire de 1872
28 mars 1860..... — Maisonneuve. — M. fondateur......... 1843
9 mars 1881..... — Marjolin. — M. fondateur 1843
11 mai 1887...... — Ollier, de Lyon.
26 mai 1880...... — Panas, titulaire de..................... 1865
9 juillet 1879.... — Paulet, titulaire de.................... 1868
3 mai 1893...... — Polaillon, titulaire de 1873
23 février 1887... — Poncet, de Cluny.
27 octobre 1886... — Marc Sée, titulaire de 1868
21 mars 1888..... — De Saint-Germain, titulaire de 1867
19 décembre 1883. — Tarnier, titulaire de.................. 1865
12 novembre 1890. — Tillaux, titulaire de 1866
15 juillet 1885.... — Verneuil, titulaire de.................. 1852

MEMBRES TITULAIRES

MM.

16 février 1876.... — Anger (Théophile).
12 juin 1890...... — Bazy.
12 juin 1878...... — Berger.
12 mars 1884 ..... — Bouilly.
29 mai 1889....... — Brun.
13 décembre 1893. — Chaput.
3 janvier 1877... — Delens.
9 mars 1892..... — Delorme.
26 avril 1891..... — Félizet.
13 mai 1885...... — Humbert.
12 décembre 1888. — Jalaguier.
30 décembre 1885. — Kirmisson.
30 juin 1875...... — Lucas-Championnière
3 mai 1882....... — Marchand.
4 décembre 1889. — Marchant (Gérard).
7 juillet 1880.... — Monod (Ch.).
10 mai 1893...... — Michaux.
29 juillet 1887.... — Nélaton.
1 avril 1874..... — Nicaise.
14 avril 1875..... — Perier.
9 juin 1886...... — Peyrot.
14 décembre 1892. — Picqué.
27 avril 1881..... — Pozzi.
25 avril 1888..... — Prengrueber.
10 mai 1887...... — Quénu.
18 avril 1883...... — Reclus.
4 janvier 1888... — Reynier (P.).
6 décembre 1882. — Richelot.
11 juillet 1888.... — Routier.
1er décembre 1886. — Schwartz.
9 février 1887.... — Segond.
15 juillet 1874.... — Terrier.
22 octobre 1879... — Terrillon.
22 juin 1892...... — Tuffier.

MEMBRES CORRESPONDANTS

NATIONAUX.

MM. Arlaud, directeur du service de santé de la marine à Toulon.
Aubrée, professeur à l'École de Rennes.
Auffret, directeur du service de la santé de la marine à Rochefort.
Azam, professeur à la Faculté de Bordeaux.
Baizeau, médecin inspecteur de l'armée.
Baudon, à Nice.
Badal, professeur à la Faculté de Bordeaux.
Berchon, directeur du service sanitaire de la Gironde, à Pauillac.
Bérenger-Féraud, directeur du service de santé de la marine.
Bœckel (Eugène), à Strasbourg.
Bœckel (Jules), à Strasbourg.
Boiffin, professeur suppléant à l'École de Nantes.
Bois, chirurgien de l'hôpital à Aurillac.
Boissarie, à Sarlat.
Bouchacourt, professeur à la Faculté de Lyon.
Boursier, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.
Bousquet, professeur à l'École de Clermont.
Bruch, professeur à l'École d'Alger.
Cauchois, à Rouen.
Cerné, professeur suppléant à l'École de Rouen.
Chalot, professeur à la Faculté de Montpellier.
Chapplain, professeur à l'École de Marseille.
Charvot, médecin-major de l'armée.
Chavasse, médecin-major de l'armée.
Chedevergne, professeur à l'École de Poitiers.
Chénieux, professeur à l'École de Limoges.
Chipault, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu à Orléans.
Choux, médecin-major de l'armée.
Claudot, médecin principal de l'armée au Mans.
Closmadeuc, chirurgien de l'hôpital de Vannes.
Combalat, professeur à l'École de Marseille.
Dauvé, médecin inspecteur de l'armée.
Dayot, professeur suppléant à l'École de médecine de Rennes.
Defontaine, au Creusot.
Delacour, directeur de l'École de Rennes.
Delagenière, au Mans.
Delore, ex-chirurgien-major de la Charité à Lyon.

MM. Demons, professeur à la Faculté de Bordeaux.
Demmler, médecin principal de l'armée.
Denucé, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.
Desgranges, professeur à la Faculté de Lyon.
Devalz, à Bordeaux.
Dezanneau, professeur à l'École d'Angers.
Dieu, médecin principal de l'armée.
Dubar, professeur à la Faculté de Lille.
Dubreuilh (Ch.), chirurgien de la Maternité de Bordeaux.
Duplouy, professeur à l'École navale de Rochefort.
Duret, professeur à la Faculté libre de Lille.
Ehrmann, à Mulhouse.
Étienne, à Toulouse.
Février, médecin-major, professeur agrégé à la Faculté de Nancy.
Folet, professeur à la Faculté de Lille.
Fontan, professeur à l'École de Toulon.
Forgues, professeur à la Faculté de Montpellier.
Gaujot, médecin-inspecteur de l'armée.
Gayet, professeur à la Faculté de Lyon.
Gellé, chirurgien de l'hôpital de Provins.
Gripat, à Angers.
Gross, professeur à la Faculté de Nancy.
Guelliot, chirurgien des hôpitaux de Reims.
Guermonprez, à Lille.
Hache, professeur à Beyrouth.
Herrgott, professeur à la Faculté de Nancy.
Heurtaux, professeur à l'École de Nantes.
Heydenreich, professeur à la Faculté de Nancy.
Houzel, à Boulogne-sur-Mer.
Hue (Judes), à Rouen.
Hue (François), professeur suppléant à l'École de Rouen.
Jouon, professeur à l'École de Nantes.
Kœberlé, à Strasbourg.
Lagrange, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.
Lanelongue, professeur à la Faculté de Bordeaux.
Larabrie (de), professeur suppléant à l'École de Nantes.
Largeau, à Niort.
Larger, à Maisons-Laffitte.
Lecerf, à Valenciennes.
Le Clerc, à Saint-Lô.
Linon, médecin-major de l'armée.
Malherbes fils, professeur à l'École de Nantes.
Martel, chirurgien de l'hôpital de Saint-Mâlo.
Masse, professeur à la Faculté de Bordeaux.
Maunoury, chirurgien de l'hôpital de Chartres.
Ménard, chirurgien de l'hôpital de Berck.
Monod (Eugène), chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.
Monprofit, professeur suppléant à l'École d'Angers.
Monteils, à Mende (Lozère).

MM. Mordret, au Mans.
Moty, médecin-major de l'armée.
Mouchet, à Sens.
Mourlon, médecin principal de l'armée.
Nepveu, professeur à l'École de Marseille.
Nimier, médecin-major de l'armée.
Notta, chirurgien de l'hôpital de Lisieux.
Ovion, à Boulogne-sur-Mer.
Pamard, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Avignon.
Patry, à Sainte-Maure (Indre-et-Loire).
Pauzat, médecin-major de l'armée.
Phocas, professeur agrégé à Lille.
Piéchaud, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.
Pilate, chirurgien de l'hôpital d'Orléans.
Poisson, professeur suppléant à l'École de Nantes.
Poncet (A.), professeur à la Faculté de Lyon.
Pousson, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.
Pravaz, à Lyon.
Queirel, chirurgien des hôpitaux de Marseille.
Reboul, à Nîmes.
Robert, médecin principal de l'armée.
Rochard, médecin inspecteur général de la marine à Paris.
Rohmer, professeur à la Faculté de Nancy.
Roux, professeur à l'École de Marseille.
Sirus-Pirondi, chirurgien de l'hôpital de Marseille.
Salmon, chirurgien de l'hôpital de Chartres.
Schmit, médecin-major de l'armée.
Silbert, à Aix.
Stoltz ancien doyen de la Faculté de médecine de Nancy.
Surmay, à Ham.
Tachard, médecin principal de l'armée.
Tholozan, médecin principal de l'armée.
Thomas (Louis), à Tours.
Turgis, à Falaise.
Vast, chirurgien de l'hôpital de Vitry-le-François.
Viard, à Montbard (Côte-d'Or).
Villeneuve, chirurgien des hôpitaux à Marseille.
Vincent, professeur à l'École d'Alger.
Weiss, professeur à la Faculté de Nancy.

MEMBRES ASSOCIÉS ÉTRANGERS

MM.

12 janvier 1887..... — Albert (E.), Vienne.
11 août 1875....... — Bowmann, Londres.
4 janvier 1888 .... — Bryant (Th.), Londres.
11 janvier 1893 .... — Cheever, Boston.
7 janvier 1880 .... — Deroubaix, Liège.
4 janvier 1888 .... — Holmes (Th.), Londres.
7 janvier 1880 .... — Lister, Londres.
10 janvier 1877..... — Longmore, Netley-Southampton.
10 janvier 1894 .... — Mayor (Isaac), Genève.
6 janvier 1864..... — Paget (James), Londres.
20 janvier 1886 .... — Reverdin (J.), Genève.
13 janvier 1892 .... — Rossander (C.), Stockholm.
11 janvier 1893..... — Saxtorph, Copenhague.
11 janvier 1893 .... — Socin, Bâle.
16 janvier 1884..... — Soupart, Gand.
21 janvier 1885..... — Sklifossowsky, Moscou.
13 janvier 1892 .... — Slawiansky (K. de), Saint-Pétersbourg.
12 janvier 1887..... — Thompson, Londres.
11 janvier 1882..... — Wells (Spencer), Londres.
20 janvier 1886 .... — Tilanus, Amsterdam.

MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS

MM.

11 janvier 1882..... — ANNANDALE, Édimbourg.
13 janvier 1869..... — BARDELEBEN, Berlin.
3 janvier 1865..... — BILLROTH (Th.), Vienne.
3 janvier 1892 .... — BLOCH (O.), Copenhague.
17 septembre 1851. — BORELLI, Turin.
3 janvier 1865..... — BROWN-SEQUARD.
13 janvier 1869.... — BRODHURST, Londres.
22 décembre 1852.. — BURGGRAVE, Gand.
4 janvier 1888..... — CECCHERELLI (A.), Parme.
4 janvier 1889..... — CHIENE, Édimbourg.
3 juin 1857 .... — CROCQ, Bruxelles.
10 janvier 1894..... — CZERNY (V.), Heidelberg.
10 janvier 1894..... — DEMOSTHEN (A.), Bccharest.
8 janvier 1862..... — ESMARCH, Kiel.
9 janvier 1879..... — GALLI, Lucques.
13 janvier 1892 .... — GALVANI, Athènes.
13 janvier 1869 .... — GAUTIER, Gonève.
13 janvier 1864.... — GHERINI, Milan.
9 janvier 1879 .... — GRITTI, Milan.
2 janvier 1865 .... — HUMPHRY (G.-M.), Cambridge.
31 décembre 1862.. — HUTCHINSON (J.), Londres.
21 janvier 1891..... — JAMIESON (Alex.), Shanghaï.
16 janvier 1884..... — JULLIARD, Genève.
10 janvier 1894..... — KEEN (W.-W.), Philadelphie.
13 janvier 1892 .... — KOCHER, Berne.
13 janvier 1892 .... — KOUZMINE, Moscou.
13 janvier 1869.... — KRASSOWSKI, Saint-Pétersbourg.
21 janvier 1891..... — KUMMER, Genève.
16 janvier 1884..... — LUCAS (Clément), Londres.

MM.

21 janvier 1891..... — Macewen (William), Glasgow.
11 janvier 1893.... — Martin (Édouard), Genève.
12 janvier 1887.... — Maydl, Vienne.
21 janvier 1891..... — De Mooÿ, La Haye.
3 janvier 1883..... — Mosetig-Moorhof, Vienne.
8 janvier 1868.... — Pemberton, Birmingham.
15 janvier 1890.... — Pereira-Guimaraès, Rio-Janeiro.
21 janvier 1885.... — Plum, Copenhague.
12 janvier 1887.... — Reverdin (A.), Genève.
6 juillet 1859...... — Ried, Iéna.
21 janvier 1891..... — Romniceanu, Bucarest.
7 janvier 1880.... — Rose (Edm.), Berlin.
11 août 1875....... — Rouge, Lausanne.
25 janvier 1890.... — Roux, Lausanne.
7 janvier 1880.... — Saboia, Rio-Janeiro.
31 décembre 1862.. — Sangalli, Pavie.
21 janvier 1885.... — Saltzmann, Helsingfors.
11 janvier 1893..... — Saxtorph (Sylvester), Copenhague.
20 mars 1867....... — Simon (John), Londres.
21 janvier 1885..... — Stimson (Lewis A.), New-York.
21 janvier 1885.... — Studsgaard, Copenhague.
31 décembre 1862.. — Sperino (Casimir), Turin.
31 décembre 1862.. — Testa, Naples.
20 janvier 1886.... — Thiriar, Bruxelles.
10 janvier 1894..... — Thornton, Londres.
11 janvier 1893..... — Vlaccos, Mytilène.
11 janvier 1893..... — Wier, New-York.
11 janvier 1882..... — Zancarol, Alexandrie (Egypte).
13 janvier 1892.... — Ziembicki, Lemberg (Galicie).

PRÉSIDENTS

DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DEPUIS SA FONDATION

MM.

1844. — A. Bérard.
1845. — Michon.
1846. — Monod père.
1847. — Lenoir.
1848. — Robert.
1849. — Cullerier.
1850. — Deguise père.
1851. — Danyau.
1852. — Larrey.
1853. — Guersant.
1854. — Denonvilliers.
1855. — Huguier.
1856. — Gosselin.
1857. — Chassaignac.
1858. — Bouvier.
1859. — Deguise fils.
1860. — Marjolin.
1861. — Laborie.
1862. — Morel-Lavallée.
1863. — Depaul.
1864. — Richet.
1865. — Broca.
1866. — Giraldès.
1867. — Follin.
1868. — Legouest.
1869. — Verneuil.

MM.

1870. — A. Guérin.
1871. — Blot.
1872. — Dolbeau.
1873. — Trélat.
1874. — Maurice Perrin.
1875. — Le Fort.
1876. — Houel.
1877. — Panas.
1878. — Félix Guyon.
1879. — S. Tarnier.
1880. — Tillaux.
1881. — de Saint-Germain.
1882. — Léon Labbé.
1883. — Guéniot.
1884. — Marc Sée.
1885. — S. Duplay.
1886. — Horteloup.
1887. — Lannelongue.
1888. — Polaillon.
1889. — Le Dentu.
1890. — Nicaise.
1891. — Terrier.
1892. — Chauvel.
1893. — Ch. Perier.
1894. — L. Championnière.

BIENFAITEURS

DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

René DUVAL, fondateur d'un prix annuel de 300 francs.

Édouard LABORIE, fondateur d'un prix annuel de 1,200 francs.

Vulfranc GERDY, fondateur d'un prix biennal de 2,000 francs.

Pierre-Charles HUGUIER, donateur d'une rente annuelle de 1,000 francs, et Mme HUGUIER, sa veuve, donatrice d'une somme de 10,000 francs, destinées à favoriser les publications scientifiques de la Société.

DEMARQUAY, fondateur d'un prix biennal de 700 francs.

RICORD, fondateur d'un prix biennal de 300 francs.

Paul GUERSANT, — LENOIR, — PAYEN, — VELPEAU, — GERDY, — baron LARREY, donateurs de livres pour la bibliothèque de la Société.

La Société de chirurgie reçoit régulièrement les publications périodiques suivantes :

Abeille médicale. — Annales de gynécologie. — Annales des maladies de l'oreille et du larynx. — Annales des maladies des organes génito-urinaires. — Annales d'orthopédie et de chirurgie pratique. — Annales de thérapeutique médico-chirurgicale. — Archives générales de médecine et de chirurgie. — Archives de médecine militaire. — Bulletin de l'Académie de médecine. — Bulletin médical. — Bulletin de la Société anatomique. — Bulletin de la Société de médecine de Paris. — Bulletin et mémoires de la Société médicale des hôpitaux. — Comptes rendus de la Société de biologie. — France médicale. — Gazette hebdomadaire. — Gazette des hôpitaux. — Gazette médicale de Paris. — Gazette obstétricale. — Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — Mercredi médical. — Moniteur thérapeutique. — Le Praticien. — Progrès médical. — Recueil d'ophthalmologie. — Revue de chirurgie. — Revue de médecine. — Revue médicale. — Revue des maladies de l'enfance. — Revue illustrée de polytechnique médicale. — Revue des sciences médicales. — Tribune médicale. — Union médicale.

Alger médical. — Annales de la Société de médecine de Saint-Etienne. — Bulletin de la Société de médecine d'Angers. — Bulletin médical du nord de la France. — Bulletin médical des Vosges. — Bulletin de la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux. — Bulletin de la Société de médecine de Bordeaux. — Bulletin de la Société de médecine de la Sarthe. — Bulletin de la Société médicale de l'Aube. — Comptes rendus de la Société de médecine de Toulouse. — Comptes rendus de la Société des sciences médicales de Gannat. — Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — Gazette médicale de Nantes. — Gazette médicale de Picardie. — Gazette médicale de Strasbourg. — Gazette médico-chirurgicale de Toulouse. — Journal de médecine de l'Ouest. — Journal de la section de médecine de la Société académique de la Loire-Inférieure. — Journal de la Société de médecine de la Haute-Vienne. — La Loire médicale. — Lyon médical. — Marseille médical. — Mémoires de la Société de médecine de Lyon. — Mémoires de la Société des sciences médicales de Lyon. — Mémoires de la Société de médecine de Nancy.— Montpellier médical. — Normandie médicale. — Poitou médical. — Revue médicale de l'Est. — Revue médicale de Toulouse. — Société médicale de Reims. — Union médicale du Nord-Est. — Union médicale de la Seine-Inférieure.

Annals of Surgery (Brooklyn). — Archiv für klinische Chirurgie. — Boletins da Sociedade de medicina de Rio de Janeiro. — British medical Journal (Londres). — Bulletin de la Société des médecins et des naturalistes de Jassy. — Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique. — Cronica medico-quirurgica de la Habana. — Encyclopedia medico-farmaceutica (Barcclone). — Escuela de medicina (Mexico). — John's Hopkins Hospital Reports (Baltimore). — Journal and proceedings of the royal Society of New South Wales (Sydney). — The Practitioner (Londres). — Proceedings of the royal Society (Londres). — Proceedings of the pathological Society (Londres). — Revue médicale de la Suisse romande. — Smithsonian institution (Washington). — Transactions of the royal medico-chirurgical Society (Londres).

PRIX DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

La Société de chirurgie dispose de cinq prix : le prix DUVAL, le prix LABORIE, le prix GERDY, le prix DEMARQUAY et le prix RICORD ; *les deux premiers sont annuels, les trois derniers sont biennaux.*

Le prix DUVAL a été fondé par Jacques-René Duval, membre de la Société de chirurgie de Paris. Le 12 juillet 1854, la Société a pris la décision suivante : « La Société de chirurgie de Paris, après une donation de M. Duval, fonde, à titre d'encouragement, un prix annuel de la valeur de 100 francs, en livres, pour l'auteur de la meilleure thèse de chirurgie publiée en France dans le courant de l'année. Autant que possible, les recherches doivent porter sur un seul sujet, et s'appuyer sur des observations recueillies par l'auteur lui-même dans un service d'hôpital.

« Tous les auteurs, anciens et modernes, qui ont traité le même sujet, devront être indiqués, ainsi que la source précise des citations.

« Sont seuls admis à concourir, les docteurs ayant rempli les fonctions d'internes définitifs dans les hôpitaux, ou ayant un grade analogue dans les hôpitaux militaires ou de la marine. » Les aides-médecins de la marine nommés au concours sont assimilés aux internes des hôpitaux (4 novembre 1885).

Les thèses soutenues depuis le 1er novembre de l'année 1891 jusqu'au 1er novembre de l'année 1892 seront seules admises à concourir. Les candidats devront adresser franco deux exemplaires de leur thèse au secrétariat de la Société avant le 1er novembre 1892. Par la bienveillance de M. le Dr MARJOLIN, membre fondateur de la Société, le montant du prix Duval est porté de 100 à 300 francs à partir de 1886; le prix ne pourra être partagé.

Le prix Édouard LABORIE a été fondé par Mme veuve Laborie, le 6 mai 1868. Il est annuel et de la valeur de 1,200 francs.

La Société a pris, en 1868, les décisions suivantes :

« Le prix Édouard Laborie sera décerné chaque année dans la

séance solennelle de la Société (deuxième mercredi de janvier) à l'auteur du meilleur travail *inédit* sur un sujet quelconque de chirurgie adressé à la Société pendant l'année courante.

« Les auteurs sont libres de choisir les sujets de leurs mémoires; toutefois, la Société indiquera tous les six ans un sujet de mémoire pris parmi les points de la chirurgie dont le docteur Laborie s'est plus particulièrement occupé.

« Tous les docteurs et élèves en médecine, français et étrangers, sont admis à prendre part au concours.

« Les mémoires, écrits en français, en latin, en anglais ou en allemand, devront être envoyés (affranchis) à M. le Secrétaire général de la Société de chirurgie de Paris, 3, rue de l'Abbaye, avant le 1er novembre de chaque année.

« Les manuscrits doivent être adressés dans les formes académiques, c'est-à-dire non signés, mais portant une épigraphe reproduite sur la suscription d'une lettre renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat. »

Le prix Gerdy a été fondé par Vulfranc Gerdy, en souvenir de son frère P.-N. Gerdy, membre de la Société de chirurgie. Ce prix, fondé le 26 novembre 1873, est biennal et de la valeur de 2,000 francs.

Le sujet à traiter par les concurrents est indiqué par la Société et donné deux années à l'avance. Les règles du concours sont celles du prix Laborie.

Le prix Demarquay a été fondé, en 1875, par Jean-Nicolas Demarquay, membre de la Société de chirurgie, qui a légué à la Société une somme de 10,000 francs. Le prix est biennal et de la valeur de 700 francs.

Le sujet, indiqué par la Société, est donné deux années à l'avance; les règles du concours sont celles du prix Laborie.

Le prix Ricord a été fondé, en 1889, par Philippe Ricord, membre de la Société de chirurgie, qui a légué à la Société une somme de 5,000 francs. Le prix est biennal et de la valeur de 300 francs.

Il est décerné à l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie ou d'un mémoire publié dans le courant de l'année et n'ayant pas encore été l'objet d'une récompense dans une autre Société.

Les manuscrits pourront être signés. A cette différence près, les règles du concours sont celles du prix Laborie.

Après un rapport du Secrétaire général, lu en comité secret, la Société a décidé que les *membres titulaires* de la Société de chirurgie de Paris seraient *seuls exclus* des concours pour les prix Laborie, Gerdy, Demarquay et Ricord.



BULLETINS ET MÉMOIRES DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

NOUVELLE SÉRIE

SÉANCE ANNUELLE

(17 janvier 1894.)

Présidence de M. PERIER.

ALLOCUTION DE M. PERIER, Président sortant.

MES CHERS COLLÈGUES,

L'année 1893 marquera dans les fastes de la Société de chirurgie.

C'est l'année où elle a célébré son cinquantenaire au milieu d'un concours d'associés et de correspondants venus de l'étranger et des points de la France les plus divers. Leur présence a rehaussé l'importance et l'éclat de cette fête trop récente pour que j'essaye d'en évoquer ici le souvenir.

Notre secrétaire général, M. Monod, nous a tracé, vous savez avec quel talent, l'histoire de notre Société depuis son origine. Notre secrétaire annuel a résumé en un tableau d'ensemble le travail accompli au cours de cette année. Dans un instant vous en entendrez la lecture.

En me reportant aux procès-verbaux rédigés par M. Kirmisson avec tant de zèle et de conscience, qui rendent si bien la physionomie de nos séances, je suis tout prêt à vous combler d'éloges. Un scrupule me retient. Me souvenant de l'allocution prononcée à

la fête du cinquantenaire par son président, je me sens rappelé à plus de modestie.

Vis-à-vis de M. Verneuil, j'ai pu longtemps me considérer comme un jeune; mais en dénombrant les collègues qui sont venus après moi faire partie de la Société, je me vois graduellement poussé vers le groupe des anciens, je me rapproche peu à peu et forcément de notre éminent collègue, la différence proportionnelle du nombre de nos années va diminuant et j'acquiers, tout en lui gardant le plus grand respect, un certain droit à vous disculper des tendances qu'il vous reproche. C'est à son ardent désir de voir la Société de chirurgie ne rien perdre du prestige qu'il a tant contribué à lui donner que nous devons ses admonestations paternelles.

Comparant l'œuvre des prédécesseurs à l'œuvre actuelle, M. Verneuil se « demande si notre Compagnie est en progrès, au *statu quo* ou en décadence ». Il reconnaît « qu'on travaille plus, mais il resterait à savoir si l'ouvrage actuel est supérieur, égal même, à l'ancien »; il ne dit pas non, mais il laisse supposer qu'il le pense.

Ne vous semblerait-il pas paradoxal, Messieurs, de voir les travaux des chirurgiens français diminuer de valeur, alors que la chirurgie fait de tels progrès qu'il est devenu banal de les qualifier de merveilleux ?

M. Verneuil semble regretter « de voir se concentrer toute l'ardeur et tout l'intérêt de la chirurgie sur ce qu'il nomme les laparotomies diverses ».

Mais ces laparotomies diverses, c'est la chirurgie du foie, c'est la chirurgie de l'estomac, celle de l'intestin, de la rate, du rein, sans parler des organes pelviens.

Sur ce champ si vaste et encore inexploré, comment les chirurgiens ne se seraient-ils pas précipités avec ardeur et enthousiasme ? Que pouvaient les pionniers qui ont défriché ces terres inconnues, sinon exposer des faits, accumuler des faits ? C'est la force des choses ! et c'est toujours en vain qu'on essaye de lutter contre la force des choses !

Les faits sont devenus assez nombreux, beaucoup ont subi l'épreuve indispensable du temps et déjà nous voyons poindre le retour de cette ère, si regrettée par notre collègue, « des enquêtes minutieuses et instructives destinées à dissiper bien des ténèbres, à résoudre bien des problèmes ».

En ce moment même, je vais laisser à mon successeur, M. Championnière, le soin de diriger une discussion soulevée par un rapport de M. Quénu sur un travail de M. Lejars. Plus de dix orateurs se sont fait inscrire. Le début, aussi bien pour le fond que pour la forme, nous fait espérer que cette discussion ne le cédera en rien

aux plus brillantes et aux plus fructueuses discussions de jadis.

Jo suis persuadé que M. Verneuil peut se rassurer; le retour aux anciens errements, qu'il juge « indispensable pour conserver intacte la valeur de notre Compagnie et faciliter son évolution scientifique », se fait de lui-même, suivant une loi naturelle. L'équilibre qu'il rêve se rétablira, les prouesses opératoires passeront au second plan : sous la saine influence de la controverse, l'étude approfondie des indications aura porté ses fruits et vous aurez tracé la zone au dedans de laquelle le chirurgien pourra se mouvoir en l'absolue tranquillité de sa conscience.

L'an dernier, de cette place, vous avez entendu décrire nos réunions d'une manière si saisissante que je ne saurais mieux en rendre l'aspect et le mouvement, qui d'ailleurs n'ont pas changé.

M. Chauvel vous adjurait ensuite de garder les bonnes coutumes et vous signalait les mauvaises pour les abandonner; nous nous sommes efforcés de suivre ses bons conseils et nous continuerons à les suivre.

En le félicitant du grade élevé que lui a conféré le ministre de la guerre, je lui exprime tous nos regrets de le voir abandonner nos séances pendant deux années qu'il va consacrer au service de santé de l'armée en Algérie et en Tunisie.

L'honorariat qu'il avait demandé et obtenu cette année ne l'avait point empêché de nous consacrer son savoir et son temps; nous comptons le voir animé du même zèle à son retour.

Avant lui, M. Polaillon a été nommé membre honoraire, mais il reste des nôtres et nous espérons, en songeant à tout ce qu'il a fait pour la Société de chirurgie, qu'il voudra bien ne pas considérer son nouveau titre comme un droit à la retraite.

Cette année notre liste nécrologique ne portera malheureusement pas une marque blanche.

Vous savez avec quelle douloureuse surprise le monde médical a appris la mort de Léon Le Fort. Votre président vous a représentés à ses obsèques, mais il appartient à votre secrétaire général de retracer la vie si remplie de cet homme éminent dont la science pouvait attendre encore de si grands services. Hier l'éloge de Trélat! Aujourd'hui l'éloge de Richet! Demain celui de Le Fort! Que de souvenirs évoqués par ces trois noms! Que de générations de médecins imprégnées des idées, animées par l'exemple de ces trois maîtres!

Nous avons à regretter la perte de deux membres correspondants :

Le professeur Ledru, directeur de l'école de médecine de Clermont, dont il occupait la chaire de clinique chirurgicale.

Le docteur Diday, ancien chirurgien de l'Antiquaille à Lyon où il acquit une célébrité qui permet de le comparer à Ricord.

En conférant l'honorariat à deux membres titulaires, vous avez pu vous adjoindre deux nouveaux collègues, MM. les docteurs Michaux et Chaput, tous deux chirurgiens des hôpitaux. Ils jouissent d'une notoriété telle qu'il suffit de citer leurs noms pour montrer combien votre choix a été heureux et juste. Avec de telles recrues, avec celles que nous prévoyons pour les élections prochaines, soyons sans inquiétude sur la valeur des travaux que notre Société pourra produire encore.

M. Mayor, de Genève, était membre correspondant depuis l'année 1856, à l'unanimité vous l'avez nommé membre associé ; et vous avez élu comme correspondants étrangers :

M. Czerny, professeur de clinique chirurgicale à Heidelberg;

M. Demosthen, professeur de médecine opératoire à Bucharest;

M. Keen, professeur de chirurgie au Jefferson medical College de Philadelphie.

M. Thornton, chirurgien du Samaritan Hospital de Londres.

La liste de nos nouveaux correspondants nationaux est assez longue cette année, elle eût été plus longue encore si nous avions pu élire tous ceux dont nous eussions été heureux d'avoir l'utile et savant concours. En juillet, vous avez nommé : MM. Dayot, de Rennes; Monprofit, d'Angers; Pauzat, médecin-major de l'armée; Reboul, de Nîmes; et dans votre dernière séance : MM. Choux, médecin-major à l'hôpital militaire de Vincennes; Hue (François), de Rouen; Lecerf, de Valenciennes; Ménard, chirurgien de l'hôpital maritime de Berck-sur-Mer.

Nous voici donc en nombre, mais s'il est bon d'avoir des soldats, il est indispensable d'avoir de l'argent, nerf précieux des sociétés savantes aussi bien que de la guerre.

M. Schwartz, notre trésorier fidèle et dévoué, consulté sur notre situation financière, la déclare très satisfaisante. Malgré les dépenses occasionnées par la cérémonie du cinquantenaire, malgré l'augmentation de loyer dont notre propriétaire bénéficie depuis le mois d'octobre dernier, nos finances restent prospères.

Je suis heureux, en terminant, d'avoir à vous transmettre cette bonne nouvelle, bien faite pour raffermir notre confiance dans l'avenir de la Société de chirurgie.

COMPTE RENDU DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ

PENDANT L'ANNÉE 1893

Par M. E. Kirmisson, secrétaire annuel.

Messieurs,

Vous avez bien voulu me confier l'honneur de rédiger le compte rendu de vos séances pendant l'année qui vient de s'écouler. Permettez-moi tout d'abord de vous remercier de cette marque de confiance. Grâce à votre courtoisie et à votre constante bienveillance, la tâche m'a été rendue facile. En vous faisant un exposé sommaire de vos travaux, j'espère vous démontrer que l'intérêt de vos séances n'a pas faibli, et que le volume de vos *Bulletins* pour l'année 1893 ne le cède en rien à ses aînés.

A tout seigneur, tout honneur. L'abdomen occupe, dans vos *Bulletins*, comme dans la chirurgie contemporaine, une place si large qu'on serait tenté tout d'abord de la trouver exubérante si l'on ne réfléchissait aussitôt que là se trouvent les plus belles conquêtes de la thérapeutique chirurgicale, opérations sur l'estomac, le foie, l'intestin, les organes génito-urinaires de l'homme et de la femme. Toutes sont largement représentées dans vos *Bulletins*. Voici d'abord la question de la gastro-entérostomie, soulevée par une présentation de pièce de M. Monod. Dans ce cas particulier, l'opération pratiquée sur un homme de 48 ans n'a été marquée par aucun incident, et cependant le lendemain soir le malade s'éteignait. Ce qui, d'après M. Monod, démontre la gravité spéciale de pareilles interventions chez des cancéreux affaiblis. On aurait tort toutefois de se laisser aller au découragement; car, la malade opérée par M. Reclus, et dont il vous avait communiqué l'histoire antérieurement, a bénéficié pendant cinq mois de l'intervention chirurgicale. Et si M. Terrier a perdu une malade, il peut en citer une autre qui survit depuis sept mois à l'opération et qui, jusqu'ici, demeure en bon état. Le point principal, c'est de ne pas opérer trop tard.

A la chirurgie de l'estomac, se rapporte également une communication de M. Schwartz, qui vous a présenté une femme chez laquelle il a pratiqué la gastrostomie en deux temps; dans un premier temps, il a fixé l'estomac à la paroi abdominale, puis, quatre jours après, il a fait la gastrostomie. Grâce à la création d'un orifice très étroit, permettant seulement le passage d'une petite sonde, le contenu de l'estomac ne peut pas se déverser au dehors. Ce

mode opératoire, dont plusieurs de nos collègues vous ont démontré des résultats encourageants, tend de plus en plus à être adopté comme méthode générale dans la gastrostomie.

La chirurgie des voies biliaires a fourni un beau succès à notre collègue M. Tuffier. Chez une femme de 31 ans, atteinte d'un ictère chronique, il a ouvert la vésicule biliaire, puis broyant dans l'intérieur même du canal cholédoque un calcul qui obturait les voies d'excrétion, il a pu extraire ce calcul par morcellement et guérir sa malade. L'auteur insiste d'une manière spéciale sur l'atrophie de la vésicule biliaire dans son cas particulier, atrophie déjà signalée parmi nous par M. Terrier. Toutefois, cette vésicule perdue au milieu d'adhérences épiploïques volumineuses donnait en clinique l'idée d'une tumeur assez considérable; c'est là une particularité bonne à retenir.

Avec sa loyauté bien connue, M. Félizet est venu vous faire part d'un triste accident qu'a donné entre ses mains la méthode des injections de sublimé dans le traitement des kystes hydatiques du foie. Il s'agissait d'un enfant de 5 ans; 250 grammes de liqueur de Van Swieten glycérinée avaient été injectés dans la poche, quand celle-ci se rompit dans l'abdomen, provoquant un empoisonnement mortel à bref délai. M. Félizet part de là pour condamner d'une manière absolue la ponction suivie d'injections modificatrices dans le traitement des kystes hydatiques, et lui substituer la laparotomie. Gardons-nous, toutefois, d'être trop exclusif. C'est ce que lui font observer MM. Bouilly et Terrier. C'est seulement une raison pour n'injecter dans le kyste que de petites quantités de liquide, 10 grammes de liqueur de Van Swieten, par exemple, comme le remarque M. Bouilly. Cette injection de 10 grammes de liqueur de Van Swieten a suffi pour procurer à M. Monod un succès. Ce qui est délicat, c'est, nous dit M. Terrier, de faire la part entre la ponction et la laparotomie, ou même une méthode plus radicale, conseillée à l'étranger et déjà mise en pratique par notre collègue M. Pozzi, qui consiste à extirper le kyste en totalité, et à faire la réunion immédiate du tissu hépatique. Quand la paroi du kyste a subi en totalité la transformation calcaire, cette dernière méthode est bien évidemment la seule qui soit applicable. Ainsi a agi notre collègue, M. Marchand, chez une femme de 35 ans qui, depuis son enfance, portait un kyste du foie, et il a pu guérir sa malade. Le kyste est-il multiple, c'est encore une raison pour donner la préférence à la laparotomie, comme le fait remarquer M. Routier. Un exemple bien intéressant de cette nature nous a été présenté par notre collègue, M. Maunoury (de Chartres), membre correspondant. Chez sa malade, femme de 39 ans, des kystes multiples du foie ont nécessité six opérations successives, dont deux laparotomies et

deux incisions transpleurales. Grâce à l'habileté du chirurgien, la malade est arrivée à une complète guérison.

Un autre de nos membres correspondants les plus distingués, M. Heurtaux (de Nantes), vous a communiqué une observation curieuse de rate déplacée dans la fosse iliaque droite et à pédicule tordu chez une jeune fille de 17 ans. Bien qu'il n'ait pu réussir à sauver sa malade par la laparotomie, du moins l'auteur a voulu que ce fait exceptionnel ne fût pas perdu pour la science. Il espère que les caractères de la tumeur à bord mou, arrondi, sous lequel on peut engager les doigts, serviront à l'avenir à faire reconnaître sa véritable nature.

Parmi les discussions qui depuis longtemps déjà sont à l'ordre du jour de notre Société se place celle sur l'appendicite. Elle s'est ouverte de nouveau cette année par une présentation de M. Reclus qui, vous le savez, s'est fait parmi nous le champion ardent de l'intervention. Sans doute, il est des cas où la guérison spontanée peut être obtenue, comme le font observer MM. Lucas-Championnière et Verneuil, M. Reclus lui-même le reconnaît, mais, dans les cas où l'appendicite a déterminé une péritonite généralisée, la laparotomie se présente à nous comme l'unique ressource. M. Nélaton lui doit un succès et M. Tuffier a sauvé par ce moyen deux malades sur quatre. Tout dernièrement encore M. Ménard (de Berck-sur-Mer) nous communiquait une observation de guérison par la laparotomie faite pour une péritonite généralisée, suite d'appendicite. Ce qu'il y a de particulièrement intéressant dans ce cas, c'est que l'appendicite à début lent et insidieux avait simulé tout d'abord la coxalgie. Mais quand on intervient, est-il donc toujours nécessaire de rechercher l'appendice et d'en pratiquer la résection? Non, sans doute; cette pratique serait même dangereuse, comme le démontre un fait de M. Delorme qui, après des recherches prolongées et infructueuses, a vu son malade succomber. M. Quénu, au contraire, chez un jeune enfant, a pu se contenter de libérer le cæcum des brides qui l'enserraient sans pratiquer la résection de l'appendice, et a obtenu la guérison. Sur ce point, du reste, l'opinion de la Société de chirurgie est bien près d'être unanime. Tour à tour, MM. Bouilly, Reynier, Monod, Schwartz prennent la parole pour insister sur ce fait qu'il ne faut pas vouloir pratiquer la résection de l'appendice quand même, et ils n'ont pas de peine à rallier M. Reclus à leur manière de voir. Un point particulier de la question amène à la tribune M. Richelot; je veux parler de la nature tuberculeuse de certaines appendicites. Il est des cas dans lesquels la tuberculose du cæcum donne naissance à des tumeurs si volumineuses qu'on a pu les prendre pour des cancers, MM. Bouilly et Terrier vous ont cité des faits de cette nature. M. Richelot vous en

apporte un nouvel exemple dans un cas pour lequel il a dû pratiquer la résection de l'angle iléo-cæcal. Mais à côté de ces faits, il en est d'autres en grand nombre, dans lesquels la lésion tuberculeuse est beaucoup plus difficile à démasquer. Elle se présente tout d'abord avec les caractères d'une appendicite vulgaire ; ces faits, M. Richelot vous les signalait dès le 23 mars 1892. M. Cornil en fait aujourd'hui l'objet d'une étude histologique spéciale. Ils sont fort importants à connaître, car ils constituent un argument nouveau en faveur de l'intervention.

Signalons, avant de quitter la région cæcale, un beau fait de résection de l'angle iléo-cæcal pour cancer qui vous a été communiqué par M. Th. Auger. Vous avez pu constater par vous-mêmes la guérison du malade.

La chirurgie du rein a fourni cette année matière à de nombreuses et importantes communications. Voici d'abord M. Reynier qui vous apporte une belle observation dans laquelle il a pratiqué la néphrectomie, puis l'ablation totale de l'uretère pour une pyonéphrose accompagnée d'uretérite suppurée. A la suite d'une néphrectomie pratiquée à droite chez un jeune homme, l'uretère continuait à verser du pus en abondance dans la vessie. M. Reynier va à la recherche de l'uretère par la voie abdominale, il le lie et l'excise au niveau même du point où il pénètre dans la vessie. Il croit que cette opération, dont il donne d'une façon précise le manuel chirurgical, trouvera souvent son application. Tout en félicitant M. Reynier de son intervention qui lui a valu un beau succès, MM. Lucas-Championnière et Terrier font remarquer que rarement l'uretère est le point de départ de suppurations persistantes après la néphrectomie; aussi pensent-ils que l'opération conçue et exécutée par M. Reynier restera exceptionnelle.

Une pièce d'hydronéphrose intermittente que vous a présentée M. Monod est devenue le point de départ d'une intéressante discussion sur cette question encore si pleine d'inconnues. M. Monod a opéré par la voie transpéritonéale et il a fait la réunion immédiate sans drainage. Sans doute, disent MM. Lucas-Championnière, Bouilly, Segond, Picqué, on peut dans bon nombre de faits se passer du drainage. C'est affaire de jugement dans chaque cas particulier, ajoute M. Terrier; s'il s'agit d'une affection septique, l'emploi du drain s'impose; dans les conditions inverses on peut s'en passer. Et la meilleure preuve que la question est délicate, c'est qu'au moment même où M. Monod prenait la parole devant vous, sa malade présentait tout d'un coup de légers accidents de suppuration qui nécessitèrent l'emploi d'un drain pour la conduire à parfaite guérison.

Pour ce qui est de la pathogénie de l'hydronéphrose intermittente,

tous les orateurs qui prennent successivement la parole s'accordent à admettre l'importance de la coudure de l'uretère signalée dans leur travail par MM. Terrier et Marcel Baudouin. Cette coudure, on la voyait sur la pièce de M. Monod. M. Tuffier, qui vous a communiqué un très important mémoire sur l'hydronéphrose intermittente et son traitement, l'a réalisée expérimentalement chez les animaux et l'a retrouvée en clinique. Non moins certaine est la relation existant entre le rein mobile et l'hydronéphrose. Elle est admise par MM. Tuffier et Bazy, et l'une des observations qui vous ont été communiquées par M. Gérard-Marchant en est un exemple évident. Quant à la question du traitement, elle est fort complexe. Sans doute, il est des cas, comme ceux de M. Tillaux, rappelés par M. Tuffier, comme celui de M. François Hue (de Rouen), dont vous a rendu compte M. Reynier, qui montrent que la ponction seule peut être suffisante. Mais ce sont là, il faut bien le dire, des faits exceptionnels, et dans la plupart des cas on sera conduit à une intervention plus complexe qui pourra être, soit une simple néphropexie, quand l'organe est sain, soit une néphrotomie, ou même l'ablation totale du rein, quand son tissu est complètement dégénéré.

Parmi les opérations ayant porté sur l'utérus, je signalerai d'une manière spéciale une opération césarienne pratiquée par M. Picqué sur une femme de 37 ans qui portait un corps fibreux volumineux occupant en totalité l'excavation pelvienne. Notre collègue a été assez heureux pour sauver à la fois la mère et l'enfant. M. Bouilly l'en félicite ; mais, dans un cas qui lui est personnel, il a fait mieux encore, puisqu'à l'opération césarienne il a joint chez sa malade l'ablation des annexes, déterminant à la fois l'atrophie de son fibrome et la mettant à l'abri d'une fâcheuse récidive.

Une des questions qui vous ont le plus occupés, c'est celle de la grossesse extra-utérine. Je ne compte pas, en effet, dans vos *Bulletins*, moins de cinq présentations de pièces de cette nature, qui vous ont été faites successivement par MM. Quénu, Routier, Marchand, Michaux et Tuffier. Comme le fait observer avec juste raison M. Bouilly, la question s'éclaircit de jour en jour ; les faits se multiplient, et il devient possible de les diagnostiquer. Mais il est un point particulier qui fournit prétexte à une intéressante discussion. Dans les cas où l'on intervient pour ces énormes épanchements sanguins compliquant la rupture des grossesses extra-utérines, est-il toujours nécessaire de pratiquer le drainage de la séreuse péritonéale ? MM. Lucas-Championnière et Reynier ne le pensent pas. Prenez garde toutefois, objecte M. Quénu, le sang est en contact avec la trompe rompue, qui elle-même peut n'être point aseptique. Et M. Quénu fait mieux que des raisonnements, il vous

apporte des preuves directes. Le liquide sanguin d'une hématocèle rétro-utérine opérée par lui a été recueilli et a donné naissance par culture à des streptocoques.

La chirurgie abdominale élargissant de jour en jour le champ de son action, nous pouvons aujourd'hui intervenir utilement par la laparotomie contre la péritonite tuberculeuse. M. Le Dentu nous en présente un exemple chez une jeune femme où il a fait suivre la laparotomie du drainage, et où, en dépit de la formation d'une petite fistule stercorale établie en un point très malade de l'intestin, il a obtenu un résultat avantageux. Dans un fait dont il nous présente la relation, M. Picqué a eu l'occasion de constater à l'autopsie la réalité de la guérison, plusieurs mois après son intervention. Mais comment agit la laparotomie en pareil cas, c'est ce qu'il est plus difficile de préciser. Peut-être, comme le dit M. Berger, est-ce en amenant l'oblitération de la cavité péritonéale par accollement de ses feuillets ; mais le fait n'existait pas dans l'autopsie pratiquée par M. Picqué, et il ne saurait être admis dans la généralité des cas, objecte M. Routier. Du reste, quels que soient, en pareille circonstance, les bienfaits de la laparotomie, n'oublions pas que la péritonite tuberculeuse peut évoluer spontanément vers la guérison, comme le fait sagement observer M. Bouilly. Pour lui, la péritonite tuberculeuse, chez la femme, a souvent son point de départ dans la tuberculose de l'ovaire et des trompes. M. Bazy confirme par des faits tirés de sa pratique les assertions précédentes.

C'est encore à la laparotomie que nous devons de pouvoir intervenir utilement dans certains cas graves de contusion de l'abdomen. En ouvrant la cavité abdominale plusieurs jours après une rupture des voies biliaires, M. Michaux a pu évacuer un épanchement bilieux et guérir son malade. C'est encore à lui que nous devons un fait d'interventien heureuse qui lui a permis, à la suite d'une contusion de l'abdomen, de reconnaître et de suturer une perforation existant à l'angle du côlon ascendant et du côlon transverse.

Mais, Messieurs, pour qui connaît toutes les difficultés de la chirurgie abdominale, quoi d'étonnant qu'elle nous expose à des fautes, et notamment à l'oubli de corps étrangers, pinces, compresses, éponges, dans l'intérieur de l'abdomen. Déjà, l'année dernière, notre collègue M. Pilate (d'Orléans) nous avait apporté un fait de cet ordre dans lequel une compresse aseptique, laissée dans l'abdomen, était sortie heureusement par le rectum. Cette année, c'est M. Michaux qui nous communique un fait de même ordre. Sur une femme de 24 ans, qui avait subi successivement l'ablation des ovaires et l'hystérectomie vaginale, il est conduit à intervenir par

la laparotomie, et, à son grand étonnement, il rencontre une mèche de gaze iodoformée, longue de 35 centimètres, ayant séjourné cinq mois dans l'intestin grêle. Si M. Michaux n'a pas eu le bonheur d'arracher sa malade à la mort, du moins sa communication a fourni à son rapporteur, M. Jalaguier, l'occasion d'une étude expérimentale pleine d'intérêt, qui démontre que les compresses aseptiques sont roulées en boule par les mouvements de l'intestin et peuvent, à la longue, pénétrer dans sa cavité. Là ne devaient pas se borner les migrations de ces fâcheuses compresses ; elles en ont accompli une autre non moins étrange dans la presse politique, qui s'en est fait une arme contre les chirurgiens. Messieurs, de pareilles attaques ne sauraient vous atteindre, et vous continuerez votre estime à ceux de nos collègues qui ont le courage de vous apporter ici leurs insuccès. Car, on l'a dit avec raison, nos fautes et nos revers sont souvent plus instructifs que nos plus beaux succès.

Cette année, comme les précédentes, les communications afférentes à la gynécologie sont en grand nombre. M. Pozzi vous fait connaître une opération imaginée par lui et applicable à la sténose congénitale du col de l'utérus ; elle consiste dans un évidement commissural du col. M. Bouilly s'occupe aussi de la sténose congénitale du col, mais surtout dans ses rapports avec l'endométrite cervicale glandulaire. Contre cette dernière affection, il préconise l'ablation, sur chacune des deux lèvres du col, d'un lambeau rectangulaire de la muqueuse. Mais quelle est la nature même de ce catarrhe du col? C'est ce que cherche à préciser M. Terrier. Se fondant sur ses recherches bibliographiques, aussi bien que sur ses recherches personnelles, il établit la nature microbienne du catarrhe utérin.

M. Turgis (de Falaise), membre correspondant, nous apporte une intéressante observation de hernie de l'ovaire, qui est devenue le point de départ d'un abcès. Celui-ci ouvert, son orifice a donné naissance, pendant plusieurs mois, à un écoulement sanguin, qui se produisait au moment des règles. Un autre de nos correspondants, M. le Dr Bois (d'Aurillac), nous fait connaître un exemple intéressant d'anomalie de l'uretère, venant s'ouvrir sous la forme d'un très petit pertuis, siégeant dans l'épaisseur du bord gauche du méat urinaire, chez la femme. Notre collègue, M. Marchand, vous communique une série d'observations relatives au traitement des fibromes intra-utérins. Je dois vous signaler encore une note très intéressante de M. Quénu, dans laquelle l'auteur établit, sur des preuves histologiques, la dégénérescence caverneuse de la muqueuse utérine à la suite de certaines métrites hémorragiques. Enfin, nous devons aussi à M. Quénu un très important rapport sur

l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement de certaines formes du prolapsus utérin. Mais ce travail étant devenu le point de départ d'une discussion qui se poursuit encore à l'heure actuelle, c'est à mon successeur qu'il appartiendra de vous en rendre compte.

L'étude des maladies des organes génito-urinaires de l'homme nous a valu également plusieurs communications. A M. Bazy, nous devons un travail relatif à la lithotritie périnéale, appliquée au traitement des calculs vésicaux compliquant un rétrécissement de l'urètre. L'auteur fait l'incision externe du rétrécissement, avec excision des callosités qui l'entourent; puis, par la boutonnière ainsi créée, il pratique la lithotritie. A l'appui de sa manière de faire, il apporte deux observations.

La question du traitement des rétrécissements de l'urètre par l'électrolyse a été soulevée devant vous par un rapport de M. Tuffier relatif à un travail de M. Desnos. S'appuyant sur ses recherches expérimentales, cet auteur admet que l'électrolyse employée à de hautes intensités peut déterminer un rétrécissement dans un canal normal; quant à sa valeur curative, elle n'est pas plus grande que celle des autres moyens qu'on peut mettre en parallèle avec elle; pas plus qu'eux, elle n'est capable d'empêcher les récidives. Cependant M. Moty nous apporte un cas en apparence favorable; grâce à un dispositif spécial imaginé par M. Danion, il a pu électrolyser avec succès un rétrécissement, mais le malade n'a pas été suivi assez longtemps pour qu'on puisse le dire à l'abri de la récidive. Il y a plus, M. Reynier, employant de hautes intensités, a vu l'opération être très douloureuse, et six fois sur neuf il a observé des accidents, frissons, lymphangites, abcès. M. Guelliot (de Reims) n'a point eu à déplorer de semblables complications; mais ses malades n'ont pas échappé à la récidive. M. Bazy se joint aux orateurs précédents pour condamner l'électrolyse dans le traitement des rétrécissements.

Depuis plusieurs années, la discussion relative à l'*orchidopexie*, ou fixation artificielle du testicule ectopié, se poursuit devant vous. Cette année la discussion s'est ouverte par une communication de M. Terrillon qui est venu vous apporter les résultats de sa pratique à cet égard. En trois années, notre collègue a fait six fois cette opération; il a eu trois succès complets, le testicule est resté en place et s'est développé; dans les trois autres cas, le succès a été moins net, soit que le testicule ait remonté ou qu'il ne se soit pas développé. M. Monod, M. Demmler vous ont présenté également des résultats favorables. Ce dernier a pu suivre son malade guéri pendant un an. M. Tuffier a pratiqué vingt-cinq fois cette opération et il a réussi à calmer les douleurs de ses malades et à

favoriser le développement de la glande testiculaire ; deux fois seulement il a dû en venir à la castration. Les opérations de M. Jalaguier ont été, au nombre de quinze, pratiquées sur treize malades, puisque deux fois l'opération a porté sur les deux côtés, et dans tous ces cas, sauf un, les résultats ont été satisfaisants. En résumé, Messieurs, l'orchidopexie se présente à nous comme une excellente opération, qui mérite de rester dans la thérapeutique chirurgicale. M. Berger présente des remarques relatives à la nécessité de se comporter ici comme pour une cure radicale de hernie. M. Lucas-Championnière appuie de toutes ses forces cette manière de voir, la persistance du canal vagino-péritonéal est si fréquente en pareil cas que M. Jalaguier l'a retrouvée dix fois sur ces quinze observations ; M. Félizet cherche même à tirer parti de cette circonstance pour favoriser la descente du testicule. Par tous les moyens possibles, il active la production d'une hernie qui refoule devant elle la glande testiculaire, hernie dont il assurera plus tard la guérison par une cure radicale.

Autant la chirurgie de l'abdomen est largement représentée dans nos *Bulletins*, autant nous sommes pauvres en ce qui concerne la chirurgie des organes thoraciques. Celle-ci même ferait complètement défaut, n'était une communication de notre collègue, M. Delagénière (du Mans), membre correspondant, relative à un kyste hydatique du poumon gauche rompu dans la plèvre. M. Delagénière a fait d'abord la pneumotomie et le drainage, puis l'extirpation complète de la paroi kystique, et il a été assez heureux pour guérir sa malade. A ce propos, M. Berger fait observer le danger qu'il peut y avoir à pratiquer des injections dans de semblables cavités pulmonaires, vu la communication existant avec les bronches et la possibilité de suffocation.

Si, du thorax nous remontons à la région cervicale, nous rencontrons une intéressante discussion portant sur l'œsophagotomie externe dans le traitement des corps étrangers de l'œsophage. Grâce à cette opération, M. Terrillon, puis M. Berger ont pu l'un et l'autre enlever une pièce de 5 francs arrêtée dans l'œsophage. C'est encore à l'œsophagotomie qu'à eu recours M. Segond pour enlever un dentier que la malade avait dégluti pendant son sommeil ; chez un enfant de 2 ans et demi, M. Jalaguier a pu, en incisant l'œsophage, extraire un disque de plomb de 22 millimètres de diamètre. Tous les malades ont guéri ; l'œsophagotomie externe appliquée à la cure des corps étrangers de l'œsophage est donc une excellente opération, et il ne faudra pas hésiter à y recourir dès que les tentatives d'extraction rationnellement conduites auront échoué. Rien n'est plus funeste, en effet, que des tentatives d'extraction trop multipliées et exécutées

d'une façon inconsidérée. Elles provoquent des déchirures de la muqueuse, un phlegmon diffus du médiastin et la mort. C'est ce qui est arrivé chez un malade observé par M. Cahier (de Lyon) et chez lequel notre collègue a en vain pratiqué une œsophagotomie dont le résultat a été compromis par les lésions antérieures de l'œsophage produites par les manœuvres d'extraction.

La chirurgie de la face a fourni matière à d'intéressantes communications. A propos d'une observation de M. Picqué dans laquelle il a pratiqué l'extirpation par la voie palatine d'un polype naso-pharyngien, en s'aidant de la trachéotomie préventive, la discussion s'engage sur cette dernière opération, et, il faut bien le dire, la majorité des orateurs lui est peu favorable. M. Verneuil, comme M. Berger, comme MM. Delorme, Schwartz et Després, pensent qu'on peut se passer de cette opération. M. Monod lui-même qui l'a jadis préconisée devant vous, rapporte un cas où il n'a pas eu à s'en louer. D'après M. Reynier, il faut établir des distinctions. Dans le traitement des polypes naso-pharyngiens, la trachéotomie préventive ne lui semble pas utile; mais elle est avantageuse pour l'ablation totale de la langue et du plancher de la bouche. Telle est aussi l'opinion de M. Quénu, pour qui, du reste, la trachéotomie préliminaire est utile, bien moins pour sauvegarder la respiration pendant l'acte opératoire que pour isoler les voies aériennes d'un foyer de contamination.

M. Verneuil, toujours sur la brèche et chez qui l'ardeur scientifique ne s'éteint pas avec le nombre des années, comme le lui a dit notre président M. Périer, à l'occasion de son 70e anniversaire, nous communique un long mémoire relatif à l'extirpation de certaines tumeurs intra-buccales; il y étudie un procédé d'extirpation qui lui est propre et l'emploi des ligatures préliminaires dans ces délicates opérations. Je dois vous signaler encore un procédé spécial applicable à la réparation des pertes de substance de la voûte palatine, procédé qui vous a été communiqué par M. Quénu; ainsi qu'un beau succès opératoire obtenu par M. Michaux dans un cas de résection unilatérale de la mâchoire inférieure où il a employé le procédé de restauration immédiate conseillé par M. le Dr Martin (de Lyon).

Messieurs, rien n'est plus nécessaire pour nous, si nous voulons apprécier d'une manière exacte l'opportunité et la valeur de nos interventions chirurgicales, que de connaître la marche naturelle des maladies. A ce point de vue, je ne saurais trop appeler l'attention sur les communications qui vous ont été faites au sujet des tumeurs pulsatiles de l'orbite. M. Picqué a eu l'occasion d'observer un de ces exophtalmos pulsatiles consécutif à une fracture de la base du crâne, et il a vu la guérison survenir à la suite de la

simple compression. La malade de M. Picqué était une femme de 60 ans, débile, qui eût sans doute supporté avec peine la ligature de la carotide primitive. Il y a donc grand intérêt à connaître cette guérison spontanée dont MM. Gayet (de Lyon) et Tillaux nous apportent d'autres exemples. C'est encore à la même affection que se rapporte une communication qui nous est faite par M. Dieu, membre correspondant. Il s'agit d'un jeune homme atteint d'anévrisme artérioso-veineux dans le sinus caverneux droit, à la suite d'un coup de fleuret. Déjà, le malade avait été présenté à la Société de chirurgie, et notre collègue, M. Delens, qui a fait de ces tumeurs l'objet d'une étude spéciale, avait conseillé l'abstention. Sage conseil, car la guérison spontanée s'est produite sous l'influence d'un effort violent qui a sans doute détaché un caillot et interrompu la communication entre l'artère et le sinus.

Une des conséquences de la révolution chirurgicale moderne, ç'a été de faire reprendre une place importante à la trépanation cranienne dans la médecine opératoire. M. Terrillon nous apporte un cas heureux dans lequel il a pu, par la trépanation, guérir un abcès du cerveau, compliquant une suppuration de l'oreille moyenne. Il a trépané sur le point douloureux, est allé à la recherche de l'abcès au moyen de l'aspirateur, puis il a évacué sa cavité. A ce propos, M. Picqué rappelle le résultat de recherches faites par lui, en collaboration avec M. Février (de Nancy), qui lui ont démontré la fréquence, dans ces cas, des abcès extra duremériens. D'où le conseil qu'il donne de trépaner d'abord la mastoïde, puis de creuser par en haut le trajet opératoire, de façon à ouvrir la cavité cranienne au voisinage de la face supérieure du rocher. — Un autre succès de la trépanation vous est présenté par M. Lucas-Championnière, qui a opéré un homme de 42 ans pour une méningo-encéphalite d'origine traumatique.

Nous ne craignons pas non plus de faire porter à l'heure actuelle notre intervention sur le canal rachidien. C'est ainsi que M. Ricard a pu pratiquer avec succès, chez une jeune fille, l'extirpation d'un volumineux spina bifida de la région lombaire. A cette occasion, M. Monod fait connaître un fait de sa pratique, favorable à l'excision. Il insiste sur la possibilité de sectionner des cordons nerveux volumineux sans voir survenir de paraplégie. Peut-être y a-t-il là production accidentelle de matière nerveuse analogue à celles dont M. Berger a noté l'existence dans l'encéphalocèle. Malheureusement, si la cure du spina bifida peut nous fournir des succès opératoires, il est plus d'une ombre au tableau. Il s'agit le plus souvent d'enfants chétifs qui succombent ultérieurement. Le petit malade de M. Monod lui-même a succombé. M. Berger a vu périr deux de ses opérés; l'un a succombé au choc opératoire; l'autre,

auquel il avait fait une transplantation osseuse, est mort au bout d'un an. M. Félizet insiste aussi sur la gravité du pronostic du spina bifida en lui-même. Sur 6 opérations, il ne compte qu'un succès; les 5 autres opérés ont succombé, entre le cinquième et le douzième mois, à l'hydrocéphalie secondaire.

Je ferai les mêmes réserves en ce qui concerne la pachyméningite et la paraplégie du mal de Pott. Dans un premier cas, notre collègue, M. Delorme, a vu son malade succomber six heures après une excision portant sur les lames des 11e, 10e, 9e, 8e et 7e vertèbres dorsales et entreprises pour une pachyméningite. Si l'intervention semble avoir été plus heureuse dans le second cas, relatif à une paraplégie dans le cours du mal de Pott, il importe de faire remarquer que l'opération ne datait que de quatre semaines, au moment où la relation nous en a été communiquée. Des renseignements ultérieurs seront nécessaires pour nous permettre d'apprécier d'une manière exacte la valeur définitive de cette opération.

J'aurais aussi bon nombre de communications à vous signaler relatives à la chirurgie des membres. Je mentionnerai seulement les principales. On ne discute plus la valeur de l'arthrotomie dans le traitement des corps étrangers articulaires; toutefois, MM. Hassler, Bousquet, Monod vous apportent de nouveaux exemples de guérisons obtenues par cette méthode. M. Berger nous communique une importante observation d'ostéomyélite chronique d'emblée chez une jeune fille de 16 ans, ayant déterminé la nécrose totale et la fracture spontanée de l'humérus gauche et nécessité la désarticulation scapulo-humérale. A propos d'une communication de M. Lejars, la discussion s'engage sur la valeur de la résection du coude dans les luxations anciennes. La majorité des orateurs qui ont pris à ce sujet la parole, MM. Lucas-Championnière, Schwartz, Routier se sont montrés, comme le rapporteur lui-même, M. Tillaux favorables à l'intervention. Vous devez à M. Delorme deux exemples intéressants de luxation ancienne du poignet, et de luxation incomplète du genou en avant et en dehors. A propos d'un succès obtenu par M. Denucé (de Bordeaux) dans le traitement d'une luxation congénitale de la hanche par l'opération de Hoffa, M. Quénu vous a fait connaître les résultats assez médiocres que lui a fournit cette opération dans le cas d'une luxation double chez un enfant de 5 ans. Mais ce n'est là qu'un combat d'avant-garde, et la discussion devra s'engager à fond sur cette importante question. M. Schwartz nous a montré les heureux résultats que lui a fournis l'arthrodèse, soit dans le pied plat valgus invétéré, soit dans certaines formes de paralysie infantile. A M. Félizet, vous devez la communication d'un nouveau procédé de tarsectomie postérieure imaginé par lui. Enfin, Messieurs, la discussion sur l'ostéome des

cavaliers est tellement récente que j'ai à peine besoin de vous la rappeler. M. Berger défend l'idée pathogénique d'un arrachement osseux au niveau des attaches musculaires. Tout en admettant l'opinion de M. Berger, M. Le Dentu insiste sur la réalité de l'ossification vraie des muscles. Quant à ces tumeurs molles qui se forment sur le trajet des muscles, sont-ce le plus souvent des ruptures, comme le veux M. Delorme, ou n'a-t-on pas affaire à des hernies musculaires, comme le pense M. Michaut? L'analyse est bien délicate, et c'est le cas de répéter une fois de plus : *Experientia fallax, argumentum difficile.*

Pendant que vous vous occupiez des sujets divers que je viens d'énumérer, vous ne perdiez pas de vue, messieurs, les grandes questions de pathologie et de thérapeutique chirurgicale générale. Dans un intéressant rapport, M. Nélaton pose d'une manière précise les indications de l'emploi des injections de naphtol camphré dans le traitement des adénites tuberculeuses. Et, par une singulière coïncidence, deux chirurgiens de Berck, MM. Calot et Ménard, qui, tous deux, ont souvent affaire à la tuberculose chirurgicale sous toutes ses formes, vous signalent presque en même temps les intoxications auxquelles peuvent donner naissance de pareilles injections. M. Lucas-Championnière vous signale l'emploi des essences et surtout de l'essence de cannelle ou cinnamol comme topique en chirurgie. Au même auteur, vous devez un important mémoire sur les variations de l'urée chez les opérés, chez les cancéreux et dans certaines lésions des ovaires. M. Nicaise vous apporte une note sur le régime des blessés et des opérés. Deux très intéressants rapports de M. Verneuil soulèvent de nouveau devant vous la question de la pathogénie du tétanos. Tous les orateurs qui prennent successivement la parole dans la discussion, MM. Terrier, Chauvel, Larger, Schwartz, s'accordent à reconnaître la nature infectieuse du tétanos, et l'on peut dire qu'à cet égard l'entente est faite d'une manière définitive. Enfin, notre vénéré maître, M. Alphonse Guérin, voulant établir la part qui lui revient dans l'élaboration de la doctrine microbienne, choisit votre tribune pour y faire entendre ses justes revendications.

Je m'arrête, Messieurs, ne voulant pas fatiguer plus longtemps votre attention. J'en ai dit assez, je pense, pour prouver le nombre et la valeur de vos travaux. Pas n'est besoin, non plus, d'analyser ici votre belle séance du cinquantenaire, dont vous entendez encore l'écho. Mais je serais impardonnable si je n'adressais ici de publics remercîments à ceux qui en ont assuré le succès : à notre dévoué secrétaire général, M. Monod, qui a élevé à la Société de chirurgie un véritable monument historique, dans lequel l'élégance du style le dispute à l'élévation de la pensée ; à notre cher président,

M. Perier, dont le charmant esprit et la bonne grâce ont été la joie de cette fête, et dont les paroles parties du cœur sont allées droit aux nôtres. En honorant la mémoire de nos illustres fondateurs, Messieurs, vous vous êtes honorés vous-mêmes; en revivant avec eux par la pensée pendant quelques instants, vous avez puisé de nouvelles forces pour continuer leur œuvre; et je ne doute pas que de nombreuses générations de secrétaires, décernant à vos travaux de justes éloges, ne viennent remplir à cette même place l'agréable mission dont je m'acquitte en ce moment.

ÉLOGE DE A. RICHET

PAR M. CH. MONOD

Secrétaire général.

MESSIEURS,

« Le professeur Richet était le type du chirurgien classique : grand, grave, solennel même; ayant une haute idée de la dignité professionnelle, et je dirai aussi de sa propre dignité; donnant à tous l'exemple du travail incessant et du devoir accompli. De tels hommes honorent notre profession; nous leur devons un tribut d'admiration, de respect et d'éloges. »

Vous avez reconnu, messieurs, les paroles prononcées par notre président M. Terrier, quand, dans la séance annuelle du 20 janvier 1892, il nous annonça la mort du professeur Richet. Je me plais à les reproduire en tête de cette notice. On ne saurait mieux, en quelques mots, peindre l'homme et donner une idée de sa laborieuse carrière.

A mon tour je veux essayer d'évoquer devant vous la figure de notre regretté collègue, anatomiste expert, chirurgien de premier ordre, professeur apprécié et chéri par ses élèves.

Didier-Dominique-Alfred Richet naquit à Dijon le 16 mars 1816. Son père, modeste employé, secrétaire de la mairie de Dijon, était alors âgé de soixante ans. Il mourut trois ans après, laissant à sa veuve le soin de son jeune fils et d'une sœur aînée. Une autre sœur, née d'un premier lit, trente ans auparavant, était entrée en religion; elle est devenue supérieure des hospitalières de l'hôpital de Dijon.

M. Richet père, en mourant, avait exprimé le vœu que son fils reçût une éducation libérale. Il voulait lui assurer les bienfaits d'une

instruction dont il souffrait d'avoir été lui-même privé. Mme Richet et ses filles n'eurent dès lors d'autre souci que de procurer au jeune garçon les moyens de faire de bonnes études. Mais il fallait se créer des ressources. Mme Richet, veuve et sans fortune, ne voulut les demander qu'au travail. Elle ouvrit, à Dijon, un petit magasin de modes. Le profit qu'elle en tira, grâce à son entente des affaires, à son intelligente énergie, à sa probité universellement reconnue, fut suffisant pour faire face à ses besoins et à ceux de ses enfants.

Alfred Richet fut placé au lycée de Dijon. Ayant conscience des sacrifices que l'on faisait pour lui, il comprit qu'il devait s'en montrer digne. Il tint constamment la tête de sa classe et, sitôt bachelier, annonça à sa mère son intention de faire ses études de médecine. D'où lui venait cette idée, alors que rien en apparence ne le poussait de ce côté ? Il nous faut ici remonter un peu dans l'histoire de la famille Richet.

Richet avait parmi ses ascendants deux médecins. L'un, qu'il ne connut que de réputation, était son grand-oncle. Il s'appelait Claude Lombard. C'était un chirurgien militaire, qui se fit un nom vers la fin du siècle dernier. On a de lui de nombreux mémoires, dont deux furent couronnés par l'Académie de chirurgie et ont été imprimés dans le recueil des prix de cette Compagnie[1].

L'autre, fils du précédent, oncle de notre collègue, suivit la même carrière que son père. Sa vie, plus mouvementée, fut marquée par un épisode que Richet aimait à raconter. En 1797, le jeune Lombard fut appelé, à la suite d'un concours, à faire partie de l'expédition d'Egypte, en qualité de chirurgien de brigade. Dans ce temps-là, les mers, et surtout la mer Méditerranée, étaient peu sûres. Le vaisseau qui portait Lombard fut poursuivi par les Anglais, malmené par la tempête et finalement tomba aux mains de corsaires tunisiens. Conduit à Tunis, l'équipage y fut mis aux fers. Or le bey se trouvait alors malade. Il avait depuis longtemps à la jambe un ulcère qui, grâce aux soins des marabouts et autres charlatans de la cour, s'aggravait sans cesse. Il apprend qu'un *toubib* français est au nombre des prisonniers que viennent de ramener ses écumeurs de mer. Il le fait venir, lui demande ce qu'il pense du mal qui le tourmente et du traitement qu'on lui fait suivre. « Si Votre Altesse continue à se laisser soigner de la sorte, répond Lombard, elle est perdue ! » « Serais-tu capable de me guérir ? » s'écrie le bey. Lombard lui affirme sans hésitation qu'il y parviendra, et lui demande en retour la vie et la liberté pour ses compagnons et pour lui-même.

[1] *Prix de l'Académie de chirurgie*, t. V, p. 666, 977. — Voir aussi *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 2e série, t. III, p. 75.

Il a le bonheur de réussir. Le bey tient parole ; la prison s'ouvre; les captifs reprennent le chemin de la patrie... à l'exception du pauvre Lombard, que le souverain, trop reconnaissant, se refuse à laisser partir.

Pendant trente ans, de 1797 à 1817, Lombard resta à la cour de Tunis, comblé d'honneurs et de présents, mais surveillé de près et privé de tout moyen de mettre fin à son exil.

Le bey étant mort, Lombard obtint, non sans peine, de son successeur l'autorisation de faire un voyage en France, mais avec promesse de retour. Ne vous hâtez pas, messieurs, d'évoquer l'héroïque souvenir de Régulus... Le bon chirurgien était sincère, je veux le croire, au moment où il prenait cet engagement, mais quand il se retrouva dans sa patrie, il ne se sentit plus la force de la quitter et y demeura jusqu'à sa mort.

Richet a souvent eu occasion, pendant son enfance, de voir l'oncle Lombard, qui se plaisait à raconter sur Tunis et sur l'existence qu'il y avait menée des histoires intéressantes et curieuses.

Nul doute que l'exemple et les récits de ce médecin, qui, paraît-il, était aussi spirituel que judicieux, n'aient influencé, pour leur part, son jeune neveu dans le choix de sa carrière.

C'est en 1833 que Richet entra comme externe libre à l'hôpital de Dijon. L'année suivante son parti était pris définitivement : il demandait à sa mère la permission d'aller faire ses études à Paris. Mme Richet y consentit ; mais elle entendait qu'au bout de cinq ans il serait reçu docteur et reviendrait exercer la médecine à Dijon. Elle s'engageait, de son côté, à lui faire parvenir, pendant cinq années, la somme de 60 francs par mois ! Il est vrai que la valise du voyageur se trouva bondée, au départ, de confitures, biscuits et autres provisions légères, qui, par la suite, furent fréquemment renouvelées. Et cependant nos jeunes contemporains se demanderont sans doute par quels prodiges d'économie on pouvait arriver alors à se nourrir, à se loger et à se vêtir avec une aussi modeste pension.

La mère tint rigoureusement parole. Le fils, heureusement pour la science chirurgicale française, manqua à la sienne.

Au bout de cinq ans révolus, tout envoi d'argent cessa. Richet était alors interne provisoire. Il se demandait si, obéissant au désir de sa mère, il allait rapidement passer ses examens et rentrer dans sa ville natale, ou si, demeurant à Paris, il ne s'engagerait pas dans la voie des concours qui seule pouvait le conduire aux sommets. Il savait la route semée d'obstacles. Isolé, sans appui à Paris, quelles que fussent son énergie et son ardeur au travail, serait-il en état de les surmonter ?

Un incident s'était produit qui contribua pour beaucoup à mettre fin à ses hésitations. Dupuytren était mort peu auparavant. On sait avec quelle solennité ses obsèques furent célébrées. Dans la foule qui se pressait derrière le char funèbre on ne comptait pas seulement des princes, des pairs de France, toutes les sommités des lettres, des sciences, des arts et de la politique, mais des hommes du peuple en grand nombre, anciens malades de l'Hôtel-Dieu, venant rendre à l'illustre chirurgien un témoignage ému de reconnaissance.

La grandeur de ce spectacle avait frappé le jeune Richet et éveillé dans son âme de nobles ambitions. Il s'était dit que l'homme honoré de la sorte avait eu, comme lui, les plus humbles origines; qu'il avait connu, lui aussi, les difficultés de la vie et lutté pour l'existence ; que son âpreté au travail, son intelligence et sa ferme volonté avaient suffi pour l'élever aussi haut; enfin que l'accès de telles destinées n'était interdit à personne. Il s'était promis, sinon d'égaler un pareil maître, au moins de consacrer toute son énergie à suivre un aussi glorieux exemple.

Ce souvenir ne cessait de hanter le jeune étudiant. Il se décide à poursuivre la lutte.

En 1839, Richet se présente de nouveau au concours de l'internat. Il est nommé le premier de la promotion : ce brillant début eut sur toute sa carrière une influence décisive.

Son rang lui donnait le droit d'entrer dans le service de Velpeau. Celui-ci reconnut bien vite les belles qualités de son interne et le retint deux ans auprès de lui. Velpeau était déjà une puissance. Sa protection ne fit jamais défaut à son élève préféré. C'est lui sans doute qui l'encouragea à diriger ses études dans la voie chirurgicale.

De ses quatre années d'internat, Richet en passa deux, nous venons de le dire, chez Velpeau, une chez Ph. Boyer, une seule en médecine. Il avait été interne provisoire chez mon père, « son premier maître », comme il aimait à me le rappeler lorsque, plus tard, je fus moi-même son élève.

Les premières étapes de la route où il s'engageait furent rapidement franchies. Dès sa seconde année d'internat (1841) il était nommé aide d'anatomie; deux ans plus tard (1843) il était prosecteur; il concourait en même temps pour la médaille d'or des hôpitaux et était placé par le jury en tête de la liste, *ex æquo* avec Oulmont. L'année même où il soutenait sa thèse de doctorat[1] (28 mars 1844), il obtenait au concours le titre de chirurgien des hôpitaux (13 no-

[1] Etudes d'anatomie, de physiologie et de pathologie pour servir à l'histoire des tumeurs blanches, par Alfred Richet (*Thèse inaugurale*, Paris, 1844).

vembre 1844); enfin, trois ans plus tard (1847), celui d'agrégé en chirurgie, le premier de la promotion. Une telle série de succès suffit à montrer qu'Alfred Richet joignait aux connaissances acquises par un travail incessant, ce que l'on est convenu d'appeler les qualités de concours.

Une seule fois jusqu'alors il avait échoué dans les difficiles épreuves qu'il abordait. C'était en 1846, lorsque la nomination de Denonvilliers à la chaire de médecine opératoire rendit libre la place de chef des travaux anatomiques.

Il échoua encore aux concours ouverts à la Faculté pour les chaires de médecine opératoire et de clinique chirurgicale auxquelles furent nommés Malgaigne et Nélaton. Il ne pouvait guère espérer triompher d'adversaires comme ceux-là, beaucoup plus anciens que lui dans la carrière, mais il sut du moins, ici encore, faire voir ce dont il était capable.

En 1852, lorsque le concours fut supprimé, Richet se trouvait être de ceux que leur passé et les sympathies qu'ils avaient su s'attirer, désignaient d'avance à l'attention de la Faculté. Mais, dédaignant de ne tenir sa nomination que de la seule bienveillance de ses maîtres, il chercha à se créer un titre sérieux à leurs suffrages. Un des juges du dernier concours, pour justifier son choix, n'avait-t-il pas dit : « Je vote pour les gros livres »? Richet voulut avoir le sien.

Aussi bien, peu absorbé encore par les soucis de la clientèle, n'ayant plus d'épreuves à subir, il pouvait désormais consacrer au travail personnel le temps qu'il avait dû réserver jusque-là, à l'éternelle revue de ses notes de concurrent infatigable.

Dès sa première année d'internat, il avait poussé très loin ses études anatomiques. C'était grâce à ses leçons particulières d'anatomie qu'il avait pu vivre, lorsque sa famille l'eut réduit à ses seules ressources. Plus tard, comme aide d'anatomie, puis comme prosecteur, il ne cessa de poursuivre ses recherches sur le cadavre, vérifiant les descriptions classiques, les corrigeant ou les complétant.

Ses remarques et ses découvertes étaient à mesure consignées par écrit, et il était ainsi arrivé à se former un véritable dossier, plein de vues originales, qu'il n'avait pu jusqu'alors utiliser. Il résolut de les mettre à profit et, à l'exemple de maîtres tels que Velpeau, Blandin, Malgaigne, dont l'œuvre lui semblait à certains égards incomplète, de publier à son tour un traité d'anatomie chirurgicale. Telle est l'origine du livre bien connu de Richet. Nous aurons occasion d'y revenir. Il était intéressant de marquer au passage le moment où il en conçut l'idée.

La première édition du *Traité d'anatomie chirurgicale* parut en janvier 1855. Mais on savait son auteur à l'œuvre. Dès 1854, il était

présenté par la Faculté pour la chaire de clinique chirurgicale, à laquelle fut nommé Jobert de Lamballe; il l'était encore, en 1858, pour celle de pathologie chirurgicale, qui fut donnée à Gosselin.

Ce fut seulement sept ans plus tard, en 1865, lorsque la mort de Malgaigne eut de nouveau créé une vacance à la Faculté, que Richet, après une attente qui lui parut longue, fut enfin nommé professeur de pathologie chirurgicale à l'unanimité des voix. Le *Traité d'anatomie chirurgicale* avait eu un succès considérable. Les deux premières éditions étaient épuisées, la troisième était sur le point de paraître. L'ouvrage était entre toutes les mains. Le suffrage de la Faculté ne faisait que confirmer celui du public médical. Richet entrait à l'École par la grande porte.

Nul ne s'acquitta plus consciencieusement de la tâche qui lui était confiée. Dans l'exposé de titres dressé par lui en 1883, lorsqu'il se présenta à l'Académie des sciences, il pouvait terminer sa notice par ces mots éloquents dans leur brièveté : « Depuis ma nomination de professeur, j'ai fait tous les ans mon cours officiel. » Et il le continua jusqu'en 1888, c'est-à-dire pendant vingt-trois ans, sans presque une seule interruption.

Il ne fut chargé que pendant deux ans d'un cours théorique à la Faculté. Dès 1867, une chaire de clinique étant devenue vacante, il demanda et obtint d'y être nommé. Il atteignait ainsi le but de son ambition, celui qu'il s'était proposé lorsque, en 1839, il avait pris le parti de demeurer à Paris.

Richet était, comme Gosselin, son prédécesseur immédiat, l'un des derniers représentants de cette grande chirurgie classique qui s'est personnifiée, après Desault et Dupuytren, en Velpeau, Blandin, Laugier, Jobert, et, plus près de nous, en Malgaigne, Nélaton, Denonvilliers, Jarjavay, Robert, Lenoir, et tant d'autres.

Comme eux, il avait compris que c'est au lit du malade que se forme le vrai praticien. Aussi ne croyait-il pas pouvoir trop encourager ses élèves à l'étude patiente des faits cliniques, ni pouvoir mieux employer son temps et ses efforts qu'à les guider dans cette voie laborieuse, mais singulièrement féconde.

Très régulier à l'hôpital, il faisait chaque jour une visite attentive dans les salles, s'arrêtant, et souvent longuement, auprès des malades dont l'histoire prêtait à quelque considération utile ou intéressante : montrant, dans les cas difficiles, par quelle série de déductions on parvient à poser un diagnostic exact; pour d'autres, s'attachant surtout à établir le pronostic ou à indiquer les principales lignes du traitement.

J'ai conservé, et je relisais récemment, des notes prises par moi au courant de la plume, au temps où je suivais le service du pro-

fesseur Richet. Elles portent bien la marque de cet enseignement pratique, élémentaire, accessible aux plus petits.

Et, sans peine, je me le représente dans les longs couloirs de l'Hôtel-Dieu, suivi de son cortège d'élèves, redressant sa haute taille, la tête coiffée de la calotte classique, sous laquelle il aimait à ramener certaine mèche rebelle, ceint du tablier blanc qu'il portait court, comme s'il eût craint de laisser entraver sa marche; s'avançant d'un pas rapide, mais toujours digne, l'air plus grave que sévère, comme pénétré de l'importance de son rôle, sans qu'on pût jamais songer à l'accuser de pédanterie.

Peu familier, sachant garder la distance du maître à disciple, il cachait sous une apparence un peu froide des trésors d'indulgence et de bonté. Très dévoué à ses élèves, il s'intéressait à leurs travaux et à leurs légitimes ambitions. Aussi n'a-t-il laissé dans leur esprit, comme le disait l'un d'eux sur sa tombe, que le souvenir du « maître vénéré, du maître profondément aimé, du conseiller paternel et bon » dont le jugement sûr ne fut jamais en défaut.

Trois fois par semaine, il se rendait à l'amphithéâtre où, dans une leçon toujours préparée avec soin, souvent écrite d'avance, il exposait avec détail, à propos de tel de ses malades, quelque fait de pathologie clinique.

Le volume publié par les soins d'un de ses élèves de prédilection, mon excellent collègue et ami, M. le D[r] Blum, ne saurait donner qu'une idée bien incomplète de cet enseignement : les sujets qu'il traitait de préférence ont seuls, en effet, pu y trouver place.

Mais ceux qui ont entendu le maître n'ont pas perdu le souvenir de cette parole lucide, s'efforçant de faire pénétrer dans l'esprit de ses auditeurs les préceptes de la saine chirurgie, j'allais dire de la chirurgie du bon sens; faisant appel, quand il y avait lieu, à des connaissances anatomiques précises pour en tirer certaines déductions cliniques; ne cherchant pas les effets oratoires, soucieux avant tout de clarté, ayant souvent recours, pour mieux frapper l'attention, à des comparaisons pittoresques, qui faisaient quelquefois sourire, mais qui demeurent aujourd'hui encore, avec l'enseignement qu'elles comportent, gravées dans notre souvenir.

Jusqu'à la fin il resta sur la brèche, heureux de voir, même dans les dernières années de sa vie, ses élèves lui rester fidèles. Comme on le pressait de prendre un repos bien mérité : « Mon amphithéâtre est encore plein, » disait-il en montrant les rangs serrés de ses auditeurs, « ce serait une désertion. »

La leçon clinique n'était, du reste, qu'une partie et, peut-être à ses yeux, la moins importante, de son enseignement. A la parole succédait l'acte chirurgical.

C'était pour le professeur l'occasion, parfois impatiemment attendue, d'établir l'exactitude du diagnostic avancé ; c'était surtout la possibilité de montrer aux étudiants les qualités dont le chirurgien, aux prises avec la pratique, doit savoir faire preuve.

Richet, mieux que personne, était en mesure de donner cette vivante démonstration. Tous ses élèves rediront avec moi quel excellent opérateur il était. D'un imperturbable sang-froid, ne se laissant émouvoir par aucun incident, il poursuivait sa route avec calme, marchant droit au but et achevant, souvent aux applaudissements de son jeune auditoire, les interventions les plus audacieuses ou les plus délicates.

C'est qu'ici encore l'anatomiste venait puissamment en aide au chirurgien. Cette sûreté de main, cette sorte de divination qui lui permettait d'éviter, comme en se jouant, les obstacles et les écueils, qu'était-ce donc, sinon la mise en œuvre de ses longues recherches sur le cadavre? Précieux enseignement! précieux encouragement aussi pour ceux qui seraient tentés de se laisser rebuter par ces études préliminaires, arides en apparence, mais sans lesquelles le vrai chirurgien n'existe pas.

Les résultats furent-ils à la hauteur de ses efforts? Hélas! non. C'est que Richet vivait à cette époque néfaste où les opérations les mieux comprises et les mieux conduites n'aboutissaient, pour la plupart, qu'à des revers. L'infection purulente, l'érisypèle et toutes les complications des plaies guettaient les malheureux opérés, et l'on ne savait pas se défendre! Lorsque le bruit des résultats obtenus par Lister, en Angleterre, se répandit à Paris, Richet fut d'abord parmi les incrédules. Plus tard il se rendit à l'évidence et ne se refusa point à suivre le mouvement. Mais il laissa faire, plus qu'il ne fit lui-même. Il n'avait pas la foi qui soulève les montagnes.

Pendant une longue période de sa vie — de 1852, date de sa nomination au titre de membre titulaire de la Société de chirurgie, jusqu'en 1865, année qui suivit celle où il fut appelé à diriger nos travaux — c'est ici même qu'il se plaisait à nous apporter le récit des faits intéressants observés dans son service, ou les pièces qu'il y recueillait. Relativement rares dans les premières années, ses communications augmentent bientôt de nombre et d'importance. On sent, en parcourant nos *Bulletins* de cette époque, que son autorité parmi nous va croissant.

Il n'est pas une grande discussion à laquelle il ne prenne une part active : *traitement des anévrismes par la compression digitale ; trépan ; avantages et inconvénients de la ligature préalable des grosses artères pour faciliter l'ablation des tumeurs ; rôle du périoste ; traitement des polypes naso-pharyngiens ; conduite à*

tenir dans les cas de traumatismes graves du genou; voire même *indications de l'iridectomie dans le glaucome*, brillant débat qui s'engagea à la suite de la communication d'un fait personnel et qui lui fournit l'occasion de se mesurer avec Follin; tant il est vrai que les chirurgiens de cette époque n'entendaient se désintéresser d'aucune branche de leur art.

Faut-il rappeler encore les nombreux points de pratique courante sur lesquels il s'est efforcé, dans cette enceinte, de porter la lumière : *signes et pronostic des fractures du rocher, formes rares des hernies, tumeurs des os, bec-de-lièvre, tumeurs du testicule, traitement des pseudarthroses, abcès des os, corps étrangers articulaires, luxations anciennes de l'épaule, fractures de l'extrémité inférieure du fémur, polypes du rectum, fractures de l'omoplate, anévrismes artério-veineux, tumeurs de la parotide, tumeurs à myéloplaxes, palatoplastie, excision des nerfs dans les névralgies, amputation du pénis*, etc. Je cite, non au hasard, mais suivant l'ordre où j'ai pu noter dans notre recueil les principales discussions auxquelles, dans cette longue suite de séances, notre collègue a pris part.

Je ne saurais oublier enfin certains sujets qu'il avait particulièrement étudiés et dont il aimait à s'entretenir avec vous. C'est à cette tribune que, dans un long mémoire, il vous exposait les moyens propres à obtenir l'*anesthésie locale;* qu'il vous faisait connaître ses recherches sur les *fistules de l'espace pelvi-rectal supérieur*, sur les *hernies ombilicales*, sur les *auto-intoxications à la suite des fractures du maxillaire inférieur;* sur ses procédés de *blépharoplastie*, opération où il était passé maître ; sur le perfectionnement qu'il apporta aux *appareils inamovibles*, en mélangeant en certaines proportions la gélatine et le plâtre, etc...

Cette longue énumération suffit à montrer quelle activité variée et féconde le professeur Richet a déployée au sein de notre Société.

A partir de 1867, il cessa d'assister à nos réunions. Il avait été nommé, l'année précédente, membre de l'Académie de médecine. Il crut devoir consacrer à l'illustre Compagnie le peu de temps que laissaient disponible son service à l'hôpital et des obligations professionnelles de plus en plus nombreuses.

C'est à l'Académie qu'il fit part de ses vues sur les *tumeurs osseuses des sinus de la face*, à propos du fait bien connu de Dolbeau, et qu'il exposa l'opération conçue par lui pour remédier à l'*adhérence cicatricielle du voile du palais avec le pharynx.* C'est là encore que, comme le rappelait un de ses panégyristes, « faisant preuve d'un amour sincère du progrès, il soutint les avan-

tages de la *résection du genou*, à une époque où la valeur de cette opération était encore contestée, et admit, contre l'avis de plusieurs de ses collègues, la légitimité de l'*hystérectomie abdominale*.

De si nombreux travaux, intéressant toutes les branches de la chirurgie et poursuivis depuis de si longues années, devaient assurer au professeur Richet une place d'honneur parmi ses collègues. L'Académie l'éleva, en 1879, au fauteuil de la présidence.

Il aspirait à une récompense plus haute encore, celle d'être jugé digne par l'élite de ses contemporains de s'asseoir sous la coupole de l'Institut, distinction suprême, réservée au petit nombre, d'autant plus ardemment recherchée.

Richet était de ceux qui pouvaient légitimement y prétendre.

Dans une notice sur ses œuvres, dont j'ai déjà fait mention, il a soin de rappeler qu'avant sa nomination de professeur, il avait été, pendant les dix-huit premières années de sa carrière, un homme de laboratoire et d'amphithéâtre, uniquement occupé de recherches sur le cadavre et d'expériences sur les animaux vivants.

C'est de cette époque de sa vie que datent ses études sur l'*usage du liquide céphalo-rachidien* et la part qui lui revient dans les mouvements du cerveau; sur la *nutrition et le mode de vitalité des cartilages articulaires ;* sur le *mode de résistance du crâne aux lésions traumatiques ;* sur le *mécanisme de la respiration* et le rôle des adhérences pleuro-pulmonaires dans les fonctions du poumon; et, dans l'ordre anatomique, ses recherches originales sur la *région parotidienne*, sur les *aponévroses du cou*, sur l'*aponévrose orbito-oculaire*, sur le *trajet et l'anneau ombilical*, sur l'*anatomie chirurgicale du périnée et de l'urètre*, et enfin sur la *direction, le volume et la structure de l'utérus*, organe qui n'avait été jusqu'à lui l'objet d'aucun travail spécial.

Le 7 mai 1883, après avoir, en 1874, laissé passer devant lui son émule et son ami le professeur Gosselin, Alfred Richet était appelé, à prendre, à l'Académie des sciences, la place de Sédillot.

Un des principaux titres de notre collègue, aux yeux de ceux qui lui donnèrent leur appui en cette circonstance, fut assurément le *Traité d'anatomie médico-chirurgicale*, dans lequel se trouve résumée toute l'œuvre anatomique et chirurgicale de Richet.

Ce livre était parvenu à sa sixième édition, ce qui, comme le disait modestement l'auteur, « semblait démontrer que l'ouvrage, à défaut d'autre mérite, avait au moins celui de l'à-propos ».

J'ai montré plus haut comment Richet avait été amené à entre-

prendre ce travail considérable [1]. Il me sera permis d'arrêter encore un instant votre attention sur cette œuvre capitale de notre collègue et de rechercher les causes de son grand succès.

Depuis longtemps on s'accordait à reconnaître que l'anatomie descriptive pure ne suffisait pas aux besoins de la pratique médicale.

Genga, professeur d'anatomie et de chirurgie à Rome, dans la seconde moitié du XVIIe siècle, mit le premier à exécution l'idée, dont on trouve le germe dans l'enseignement de notre grand Riolan, « de rattacher par le lien de l'utilité l'anatomie à la médecine pratique ». C'est à lui que l'on doit le premier traité d'*anatomie* dite *chirurgicale*, paru à Rome en 1672 [2].

Cinquante ans plus tard, Palfin, chirurgien juré, anatomiste et lecteur en chirurgie à Gand, sa patrie, publiait un livre plus important qu'il intitulait : *Anatomie du corps humain avec des remarques utiles aux chirurgiens dans la pratique de leurs opérations.* Ce livre, traduit en français par l'auteur, eut à Paris trois éditions successives, dont la dernière date de 1753 [3].

Les chirurgiens n'en avaient pas d'autre à leur disposition jusqu'au commencement du présent siècle. Mais, dès lors, les travaux de ce genre se multiplient. Ce sont les traités de Malacarne [4], en Italie ; de Seiler [5], Rosenmüller [6], Rosenthal [7], Boch [8] et Fro-

[1] « Ce traité n'a pas moins de 1355 pages d'impression grand in-8°, petit texte très serré, formant au moins la matière de quatre volumes ordinaires » *(Note de A. Richet* dans la *Notice analytique de ses travaux scientifiques*, etc., Paris, 1883).

[2] Genga (Bernardin), *Anatomia chirurgica, ossia istoria dell' ossa e moscoli del corpo umano, con le descrizzione de vasi* (Rome, 1672, in-8°; *ibid.* 1675, in-8°; Bologne, 1687).

J'emprunte cette indication et les deux suivantes à Deizeimeris (*Dictionnaire historique de la médecine ancienne et moderne*).

[3] Palfin (Jean), *Anatomie du corps humain, avec des remarques utiles aux chirurgiens dans la pratique de leurs opérations* (en flamand). Leyde, 1718, in-8°, fig. — Traduit en français par l'auteur (et J. Devaux), avec des additions et des changements, Paris, 1726, in-8°, fig. — Deux nouvelles éditions : par B. Boudin. Paris, 1734, in-8°, 2 vol.; et par A. Petit (avec refonte complète, par l'auteur, du second volume et addition des *Observations anatomiques de Ruysch* et *celles de M. Brisseau*, etc.). Paris, 1753, in-8°, 2 vol.

[4] Malacarne (Vincent), *Ricordi della anatomia chirurgica spettanti al capo e al collo.* Padoue 1801, in-8° — *Ricordi... spettanti al tronco.* Padoue, 1802, in-8°. — *Ricordi... spettanti alle braccia e alle gambe.* Padoue, 1802, in-8°.

[5] Seiler (B.-Wilh.), *Commentatio primas lineas prœlectionum anatomiæ chirurgicæ complectens.* Wittemberg, 1802, in-4°.

[6] Rosenmüller (Jean-Chrétien), *Chirurgisch anatomische Abbildungen für Aerzte und Wundærzte oder Icones Chirurgico-anatomicæ in usum medicorum et chirurgorum.* Weimar, 1805-1812, in-fol., 3 parties.

[7] Rosenthal (Frédéric-Chrétien), *Handbuch der chirurgischen Anatomie.* Berlin, 1817, in-8°.

[8] Boch (Aug.-Karl), *Handbuch der praktischen Anatomie des menschlichen*

riep[1], en Allemagne; de Colles[2], en Angleterre; enfin et surtout ceux de Velpeau et de Blandin, en France, — tous parus dans la première moitié du XIXe siècle.

On se passionnait de tous côtés pour l'étude de l'anatomie des régions. On comprenait de plus en plus que le chirurgien ne pouvait prétendre à un diagnostic précis ni conduire une opération avec sûreté que s'il était en état de résoudre le problème posé par Chaussier en ces termes : *Un instrument traversant le corps dans un point et une direction donnés, dire quelles parties il intéresse.*

Et cependant, selon Malgaigne, « l'anatomie chirurgicale, à peine sortie de ses langes et encore incertaine de son domaine et de sa puissance, n'avait pas donné, à beaucoup près, tout ce dont elle était capable ».

Malgaigne reprochait en effet à Blandin et à ses prédécesseurs de s'être montrés, dans leurs livres, plus anatomistes que chirurgiens, de n'avoir pas su tirer de leurs descriptions, exactes d'ailleurs, toutes les déductions chirurgicales et physiologiques qui s'y rattachent, d'avoir fait, en un mot, de l'anatomie topographique pure, plutôt que de l'anatomie chirurgicale, telle qu'elle doit être comprise.

Il félicitait Velpeau d'avoir su réagir contre cette tendance, d'abord en joignant à l'étude de l'anatomie chirurgicale celle des tissus, ou anatomie générale, puis en introduisant dans son ouvrage de nombreuses déductions pratiques. Lui-même, dans son traité classique, auquel il donne le nom significatif de *Traité d'anatomie chirurgicale et de chirurgie expérimentale,* est allé bien plus loin encore dans cette voie.

Mais ne mérite-t-il pas, à son tour, le reproche, que lui a adressé l'un de nos plus judicieux collègues, d'avoir fait un traité de chirurgie plutôt qu'une anatomie, sacrifiant parfois les descriptions anatomiques à des considérations générales qui trouveraient mieux leur place dans un livre de pathologie ou de physiologie[3] ?

Ces quelques remarques étaient nécessaires pour bien faire comprendre le mérite spécial de l'ouvrage de Richet.

Sans doute il ne s'est pas borné, comme Blandin, à faire de l'anatomie topographique. On a même pu trouver que dans son

Körpers, oder vollständige Beschreibung desselben nach der natürlichen Lage seiner Theile. Meissen, 1819-1822. 2 vol. gr. in-8°.

[1] FRORIEP (Robert), *Atlas anatomicus partium corporis humani per strata dispositarum imagines in tabulis XXX... exhibens.* Weimar, 1850, in-fol.; 2e et 3e édit., *ibid.*, 1852 et 1856; 4e et 5e édit. Leipzig, 1861 et 1865.

[2] COLLES, *A treatise on Surgical Anatomy.* Dublin, 1811.

[3] BŒCKEL (Eugène), *Article : Anatomie médico-chirurgicale* dans le *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. II, p. 186, Paris, 1865.

livre — appelé par lui, pour en bien marquer l'esprit, *Anatomie médico-chirurgicale,* — il se laissait entraîner, lui aussi, dans de trop longues excursions sur le terrain de la pathologie et de la physiologie ; mais jamais du moins il ne perd de vue que l'étude anatomique la plus précise et la plus détaillée doit rester l'objet principal de ses efforts. On retrouve, en le lisant, la trace de ses longues recherches sur le cadavre ; l'aide d'anatomie, le prosecteur, celui qui a consacré près de vingt ans de sa vie à l'étude et à l'enseignement de l'anatomie, se révèle à chaque page. Et l'élève, à l'amphithéâtre, le livre en main, a cette rare jouissance de pouvoir, sans peine, en suivant pas à pas la parole du maître, vérifier par lui-même l'exactitude de ses descriptions.

Voilà, messieurs, ce qui a fait de l'œuvre de Richet le livre de chevet de tant de générations d'étudiants.

Viennent ensuite les déductions pathologiques, les longues considérations physiologiques : elles ne seront qu'un attrait de plus. Elles donneront à l'esprit du jeune travailleur cette satisfaction de pouvoir, à mesure qu'il avance dans son étude, apprécier toute l'importance des considérations anatomiques qui ont précédé.

Joignez à cela la sobriété et la clarté du style, un art véritable dans la façon de présenter et de diviser le sujet, l'intérêt qui s'attache à telles polémiques vigoureusement soutenues, enfin le charme de certains passages où l'homme se révèle dans l'expression simple et naïve d'un juste contentement de lui-même, et vous comprendrez que le *Traité d'anatomie chirurgicale* de Richet, malgré le mérite, à certains égards supérieur, des ouvrages analogues qui ont suivi, compte encore parmi nos meilleurs ouvrages classiques.

Le manuscrit du *Traité d'anatomie médico-chirurgicale* se trouve à la bibliothèque de la Faculté de médecine de Paris. Il forme cinq gros volumes (tout entiers de la main de l'auteur), que les élèves et les admirateurs de Richet ne peuvent regarder sans émotion. On se plaît, en parcourant ces feuilles, couvertes de la fine écriture du maître, chargées de ratures et de corrections, à surprendre sa pensée primitive, à suivre les modifications que, chemin faisant, il lui faisait subir, à rechercher les raisons de ces changements, et l'on se représente aisément ce qu'il a fallu de temps, d'énergie, de ténacité pour mener à bien une telle entreprise.

Richet en était fier. Il avait le droit de l'être. C'est par là surtout que son nom demeure et demeurera longtemps encore vivant.

On oublie trop, cependant, que si « le livre », comme il l'appelait volontiers, tient en effet la première place dans l'œuvre du profes-

seur Richet, bien d'autres travaux, dont quelques-uns auraient suffi à illustrer son nom, sont encore sortis de sa plume.

J'en ai déjà, au cours de cette étude, cité un grand nombre. Je ne puis cependant passer sous silence son fameux mémoire sur les *Tumeurs blanches,* couronné par l'Académie de médecine en 1850, dans lequel il résumait et complétait des recherches poursuivies depuis douze ans; celui sur les *Tumeurs vasculaires ou anévrismes des os,* qu'il s'efforce de distinguer des cancers à vascularisation abondante; ses remarquables thèses de concours dont il me suffira de rappeler les titres : *De l'emploi du froid et de la chaleur dans le traitement des affections chirurgicales; Des opérations applicables aux ankyloses; Des luxations traumatiques du rachis;* ses articles *Anévrismes, Carotides, Clavicule*, dans le *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, composés à l'époque de sa pleine maturité; et tant d'autres notes et mémoires de moindre importance, relevés par lui dans ses exposés de titres.

Les indiquer tous serait transformer cette notice en un index bibliographique. Je passe donc et me borne à rappeler en terminant deux procédés de traitement auxquels Richet a attaché son nom : l'*ignipuncture* et la *volatilisation des hémorrhoïdes.*

Ceux qui ont suivi l'enseignement de notre collègue savent avec quelle insistance il aimait à revenir sur ces deux points de pratique. Il soutenait, non sans raison, que le fer rouge, porté profondément dans les tissus, était un modificateur puissant et un réel agent curateur dans un grand nombre d'affections, mais particulièrement dans les tumeurs fongueuses des gaînes tendineuses et des articulations. Le nom d'*ignipuncture* qu'il a donné à cette méthode thérapeutique est resté dans le langage chirurgical.

C'est à la cautérisation par le feu que Richet donnait aussi la préférence pour la cure des hémorrhoïdes. Il avait, pour cet objet, fait construire une pince spéciale qui porte son nom et qu'il maniait avec habileté, j'allais dire avec amour. Il ne manquait pas une occasion de montrer avec quelle rapidité et quelle parfaite innocuité les tumeurs hémorroïdaires, saisies avec la « pince cautère écrasante » chauffée au rouge sombre, s'en allaient en fumée, se *volatilisaient,* comme il se plaisait à le dire, disparaissant à jamais, sans esprit de retour!

Richet ne fut pas seulement un anatomiste de premier ordre, un professeur écouté, un membre actif de nos Sociétés savantes, il eut encore à Paris la grande situation chirurgicale que lui assuraient ses titres officiels, ses qualités universellement reconnues de clinicien et d'opérateur, et aussi son urbanité, la parfaite cor-

rection de ses manières, sa bonté et son dévouement pour ses malades.

Ce ne fut cependant qu'à partir de 1872, c'est-à-dire lorsqu'il eut largement dépassé la cinquantaine, que sa clientèle devint véritablement importante.

Pendant de longues années, son service à l'hôpital et le travail de laboratoire ou de cabinet absorbèrent presque tout son temps. En route à la première heure, il arrivait de bon matin à l'hôpital et en repartait tard. Rentré chez lui, il prenait, à la hâte, un repas frugal dans une petite chambre voisine de son salon d'attente. Puis il recevait les malades venus pour le consulter, ou allait voir ceux qui l'attendaient en ville. La soirée était presque toujours consacrée à l'étude. Il redoutait les réunions mondaines et les dîners priés, avait peu de goût pour le théâtre, et se permettait même rarement une lecture qui ne fût pas scientifique.

Marié, à 33 ans, avec une femme distinguée, issue d'une famille parisienne, honorable entre toutes, il eut deux enfants : une fille, dont le mariage contribua à étendre ses propres relations dans le monde des lettres, et un fils qui fut sa joie et sa gloire. Comment ne pas rappeler ici qu'une des plus grandes et des plus nobles satisfactions éprouvées par notre collègue fut de voir ce fils, dont il avait surveillé et guidé les études, se créer à côté de lui une situation personnelle dans le mouvement scientifique contemporain, et s'imposer de telle sorte, par ses travaux et ses aptitudes, que, lors de la vacance de la chaire de physiologie à la Faculté de médecine, en 1887, nul ne parut mieux désigné que lui pour l'occuper. On vit alors, fait unique dans l'histoire de notre Faculté, le père et le fils siéger ensemble dans les conseils de l'École, tous deux entourés de l'estime et de l'affection de leurs collègues et de leurs élèves. Richet en concevait une légitime fierté, dont il ne cherchait pas à retenir l'expression.

Jusqu'en 1875, Richet ne sut pas ce que c'est que le repos. Il n'avait jusqu'alors jamais pris de vacances. Il possédait, depuis 1857, à Épinay-sur-Seine, une petite propriété où il se rendait tous les soirs en été, délassement qu'il estimait lui suffire. Ce fut le charme de sa vie. Comme beaucoup de gens que leurs occupations retiennent à la ville, il avait la passion de la campagne. Il s'occupait lui-même de ses fleurs et de ses fruits, surveillant la croissance, guettant la maturité, saluant enfin l'apparition, sur sa table, de tel melon bien à point ou de pêches succulentes, cueillies de sa main sur des arbres plantés par lui. Dans ces plaisirs champêtres il oubliait les soucis et les fatigues de sa profession.

Plus tard, lorsqu'il crut pouvoir s'accorder de véritables congés,

il se livra plus entièrement à ses goûts de gentilhomme campagnard. Il avait acheté, en 1875, dans le midi de la France, le beau domaine de Carqueiranne. Il y fit exécuter de grands travaux, dont il avait conçu le plan. Dès lors, ses absences de Paris se prolongèrent et devinrent plus fréquentes.

C'est à Carqueiranne que survint le terrible accident qui assombrit les dernières années de sa vie. Une digue, qu'il faisait construire et dont il se plaisait à surveiller les progrès, se rompit. Sous ses yeux, Mme Richet fut atteinte par l'éboulement et mortellement blessée. C'était en 1884. Le coup fut terrible. Richet ne put jamais s'en remettre.

En 1890, il perdit sa dernière sœur, celle qui avait si doucement bercé son enfance et soutenu ses premiers efforts. Elle avait 83 ans, l'âge où leur mère était morte, en 1866. Celle-ci avait donc pu assister au triomphe de Richet. Depuis longtemps elle avait pardonné à son fils, qui entourait sa vieillesse des soins les plus tendres, d'avoir préféré la lutte et certains déboires inévitables à la vie plus paisible qu'elle avait rêvée pour lui.

Le dernier jour de l'année 1891, la nouvelle de la mort de Richet se répandit à Paris. Il avait succombé, la veille, à une bronchopneumonie, dont l'allure avait paru d'abord bénigne. Son fils, appelé par dépêche à Carqueiranne, l'avait trouvé plein d'entrain et d'espoir : « Je me sens décidément mieux », lui disait-il, lui reprochant presque de s'être dérangé pour si peu. C'était un dimanche. Dès le lendemain, la situation s'aggravait, et, le mercredi 30 décembre, Richet s'éteignait sans souffrance, dans la soixante-quinzième année de son âge.

En 1868, le professeur Richet, chargé dans une séance solennelle, à la Faculté de médecine, de faire l'éloge de Jobert (de Lamballe), terminait son discours par ces mots : « Ce qui, à mes yeux, caractérise surtout Jobert, ce qui le recommande à l'attention de la postérité, c'est que, parti de bas, sans fortune, sans appui..., il a su s'élever aux plus hautes dignités par le fait d'un travail sans relâche et que rien n'a pu décourager. »

En prononçant ces paroles, Richet faisait sans doute un retour sur lui-même. Nous aussi, après avoir repassé ensemble la longue carrière de notre collègue, nous pouvons dire qu'il laisse un salutaire exemple : sa vie et ses œuvres montrent ce que peut le travail servi par une belle intelligence et une volonté tenace.

Prix décernés en 1893.

Prix Duval (300 fr.). — Le prix a été décerné à M. Mauclaire, ancien interne des hôpitaux de Paris, prosecteur de la Faculté de médecine, pour sa thèse intitulée : *Des différentes formes d'ostéo-arthrites tuberculeuses; de leur traitement par la méthode sclérogène pure ou combinée à l'arthrectomie précoce et répétée.*

Prix Laborie (1,200 fr.). — Le prix, avec une somme de 1,000 francs, est décerné à MM. Auguste Broca, chirurgien des hôpitaux de Paris, et Maubrac, pour leur travail inscrit sous le n° 2, avec le titre : *Des accidents encéphaliques consécutifs aux otites envisagées spécialement au point de vue de leur traitement*, et la devise : *Brevis esse laboro, obscurus fio.*

Une mention et une somme de 200 francs sont attribuées à M. Estor, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, pour son travail inscrit sous le n° 1, avec le titre : *Cathétérisme rétrograde de l'urètre*, et la devise : *Fac et spera.*

Prix Gerdy (biennal, 2,000 fr.). — Le prix n'ayant pas été décerné en 1891, la somme à distribuer en 1893 était de 4,000 francs.

Le sujet mis au concours était : *De la cure radicale des hernies ombilicales.*

Le prix et une somme de 1,500 francs, à M. Jules Bœckel, chirurgien des hôpitaux civils de Strasbourg.

Une mention et une somme de 750 francs, à M. Cahier (Léon-Amédée), professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Une mention et une somme de 750 francs, à M. Barrier (Paul), aide-major de 1re classe au 1er régiment d'artillerie.

La somme de 1,000 fr. non distribuée sera ajoutée au prix pour 1895.

Prix Demarquay (biennal, 700 fr.). — *Des opérations pratiquées par la voie sacrée; indications; résultats; manuel opératoire.*

Aucun mémoire n'ayant été présenté, la même question est remise au concours pour 1894.

Prix Ricord (biennal, 300 fr.). — Le prix n'est pas décerné, aucun des travaux envoyés n'ayant paru mériter de récompense.

Prix à décerner en 1894.

Prix Duval (300 fr.). — *A l'auteur* (ancien interne titulaire des hôpitaux ou ayant un grade analogue dans l'armée ou la marine) *de la meilleure thèse de chirurgie publiée dans le courant de l'année 1894.* — Le prix ne peut être partagé.

Prix Laborie (1,200 fr.). — *A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie.*

Prix à décerner en 1895.

Prix Duval (300 fr.). — Voir ci-dessus les conditions du concours.

Prix Laborie (1,200 fr.). — Voir ci-dessus les conditions du concours.

Prix Gerdy (2,000 fr.). — Question : *De l'intervention chirurgicale dans les sténoses du pylore.*

N.-B. — Par suite d'un reliquat de 1893, la somme qui pourra être distribuée en 1895 est de 3,000 francs.

Prix Demarquay (700 fr.). — Question : *Des opérations pratiquées par la voie sacrée; indications; résultats; manuel opératoire.*

N.-B. — Le prix n'ayant pas été décerné en 1893, la somme qui pourra être distribuée en 1895 est de 1,400 francs.

Prix Ricord (300 fr.). — *A l'auteur d'un mémoire de chirurgie publié dans le courant des années 1894-1895, ou d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie, n'ayant pas encore été l'objet d'une récompense dans une autre Société.*

N.-B. — Le prix n'ayant pas été décerné en 1893, la somme qui pourra être distribuée en 1895 est de 600 francs.

Pour les autres conditions de ces concours voir le premier fascicule des *Bulletins* de l'année courante.

Séance du 3 janvier 1894.

Présidence de M. Perier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

3° *Sur les transformations et dégénérescences des nœvi*, par M. Reboul, membre correspondant (mémoire couronné par la Société de chirurgie. Prix Laborie, 1872.)

A propos du procès-verbal.

M. Demmler. A propos de la récente communication de M. Picqué, je demande la permission de déposer sur le bureau de la Société de chirurgie l'observation d'un cas de péritonite tuberculeuse sèche, traitée par la laparotomie et suivie d'amélioration passagère. J'ajouterai quelques remarques relativement à ce fait.

Péritonite tuberculeuse à forme sèche généralisée. Laparotomie. Amélioration. Mort deux mois après l'opération.

S... (Pierre), brigadier au 6e régiment de cuirassiers, entre à l'hôpital militaire de Tours, le 19 février 1893, sous la rubrique : *Embarras gastrique fébrile.* Cet homme, qui n'a jamais été malade antérieurement, est bien constitué ; mais il présente toutes les apparences du tempérament lymphatique : chair molle, parsemée de taches de rousseur ; cheveux roux ; amaigrissement notable ; diarrhée ; fièvre, 38° et 39° le soir ; ventre légèrement météorisé et un peu douloureux à la pression ; sibilances dans le sommet gauche ; pas de signes manifestes de tuberculose pulmonaire. Je porte, quelques jours après l'entrée, le diagnostic de : « Granulie à marche subaiguë, avec tendance à la localisation sur le péritoine. » Le traitement consiste en reconstituants, spécialement en huile de foie de morue à doses élevées. Larges frictions sur le ventre avec pommade mercurielle, 6 grammes, continuées pendant deux semaines environ. Antipyrine contre le mouvement fébrile.

Malgré ce traitement, l'état général ne s'améliore guère ; la fièvre, la diarrhée cessent par intervalles pour reprendre dès qu'on suspend les médicaments appropriés ; le malade maigrit, tousse, perd l'appétit. En même temps le ventre se ballonne, s'empâte, et on a beaucoup de peine à déterminer une légère sensation de flot dans les parties déclives, en faisant coucher le malade sur un des côtés.

Dans ces conditions, en présence de l'inefficacité du traitement médical, bien persuadé que le malade marche vers la mort par hecticité, en présence surtout d'une augmentation dans les crises de coliques, avec apparition de vomissements, indiquant une poussée nouvelle vers le péritoine, je propose au malade la laparotomie qu'il accepte sans hésiter. Je désinfecte soigneusement, plusieurs jours auparavant, la surface abdominale par des lavages et l'application journalière de compresses de sublimé.

Le 12 mars, je procède à l'opération, après avoir pris toutes les précautions antiseptiques nécessaires. Incision de 5 centimètres à partir de l'ombilic. L'ouverture de la cavité péritonéale est rendue assez difficile en raison des adhérences du feuillet viscéral au feuillet pariétal. En saisissant ce dernier avec une pince à griffes, je parviens à ouvrir la cavité sans léser l'intestin. Pas d'écoulement de liquide. Je décolle légèrement avec le doigt la masse intestinale, qui apparaît parsemée d'un

semis de granulations tuberculeuses. Introduisant le bout d'un drain dans la cavité péritonéale sans pousser très loin le décollement des deux feuillets, je fais un lavage avec 2 litres environ d'eau boriquée bouillie, avec addition de sublimé (solution au 1/20000). Après désinfection de la plaie avec l'acide phénique, je referme le ventre par trois plans de sutures.

Les suites immédiates de l'opération furent excellentes. Pas de choc opératoire. Disparition, dès le jour même, des vomissements, de la diarrhée et de la fièvre. Cette dernière reparaît un peu (38°,2) le troisième jour et disparaît sous l'influence d'un purgatif (huile de ricin, 20 gr.) donné le cinquième jour. Enlèvement des fils profonds le quatrième jour, et, le huitième, des fils superficiels. Réunion primaire.

Dès le douzième jour, le malade s'alimente ; il se trouve bien, n'éprouve plus de coliques ; une selle molle par jour. Peu à peu, il reprend de l'embonpoint, se lève tous les jours, se promène dans le jardin et se considère comme guéri. Malheureusement la plaie, qui était fermée, reste rouge ; il se produit, vers le milieu d'avril, un point fistuleux qui donne issue à quelques petits caillots sanguins et à quelques détritus organiques. Cette plaie reste fistuleuse, bourgeonnante, saignant facilement ; évidemment il y a en ce point formation de fongosités d'origine tuberculeuse. L'état général demeure bon pourtant jusque vers la fin du mois d'avril. Mais, à partir de ce moment, la fièvre reparaît, l'appétit se perd ; la diarrhée devient plus tenace et incoercible, résistant aux pilules de nitrate d'argent, aux lavements de nitrate d'argent, aux cachets de dermatol. La plaie s'ulcère davantage, malgré les pansements à l'iodoforme ou à l'aristol. Évidemment une nouvelle poussée s'est produite avec infection de la cicatrice. Je crois devoir faire remarquer que, à cette époque, la grippe sévissait à Tours et notamment à l'hôpital. A-t-elle joué un rôle dans l'évolution de cette poussée tuberculeuse ? Le malade succombe, le 14 mai, deux mois après l'intervention.

L'autopsie a démontré que les tubercules avaient envahi toute la cavité péritonéale ; le feuillet viscéral et le feuillet pariétal en étaient farcis. Dans un point, l'intestin avait été perforé par les granulations.

Remarques. — Malgré l'amélioration très réelle obtenue temporairement dans ce cas, je reste convaincu, avec M. Berger, que dans la forme sèche de la tuberculose péritonéale à marche subaiguë, la laparotomie a peu de chances de succès. Si l'on pouvait opérer au début avant la diffusion des tubercules dans toute la cavité péritonéale, l'intervention donnerait de meilleurs résultats ; mais les phénomènes morbides sont à ce moment peu importants, et il est difficile, dans ces conditions, de proposer une opération. Plus tard, avec cette diffusion lente des tubercules, se produit un certain degré d'infection du sang qui aide à la repullulation locale.

Dans la forme ascitique, l'évolution est plus lente, la tuberculisation souvent plus discrète. Le lavage atteint tous les points contaminés. Aussi obtient-on des résultats plus avantageux. Le traite-

ment médical lui-même a plus d'efficacité dans les cas de ce genre. Dans deux cas de tuberculose péritonéale avec ascite, les applications locales d'onguent mercuriel, continuées pendant plusieurs semaines, concurremment avec le traitement général reconstituant, m'ont fourni des guérisons au moins apparentes. Les malades ont été renvoyés dans leurs foyers débarrassés de leur ascite. Ici, comme dans la tuberculose ganglionnaire, le mercure en friction exerce, à mon avis, une action résolutive évidente.

Rapport.

Sur un travail du docteur Nicati (de Marseille), intitulé : *Note sur une nouvelle opération du glaucome ou nouvelle « scléritomie »*.

Rapport par M. Delens.

Messieurs, le Dr Nicati est connu par un nombre considérable de mémoires se rapportant presque tous à l'ophtalmologie. Mais son attention paraît avoir été particulièrement attirée par le glaucome, dont la pathogénie comme la thérapeutique a, vous le savez, tant exercé la sagacité des ophtalmologistes.

Dès 1881, dans la séance du 20 juillet, le Dr Nicati communiquait à la Société de chirurgie un travail sur un procédé de *sclérotomie équatoriale* qui fut l'objet d'un rapport de Giraud-Teulon et d'une discussion à laquelle prit part le professeur Léon Le Fort.

Il y a deux ans, en 1891, le Dr Nicati faisait connaître à la Société de biologie une très intéressante *étude physiologique et pathologique de la glande de l'humeur aqueuse.*

Il admet que le glaucome est le résultat de la rétention de l'humeur aqueuse, et contre cette rétention il a déjà proposé une *ponction scléro-irienne*, décrite par lui, en 1891, au Congrès tenu à Marseille par l'Association pour l'avancement des sciences.

Mais, d'après sa pratique, cette ponction, qui pénètre en dehors de la cornée et va, à travers l'iris, jusqu'à la chambre postérieure, ne serait vraiment efficace que pour certains glaucomes secondaires.

Contre le glaucome primitif, elle serait peu efficace. Aussi le Dr Nicati a-t-il cherché une nouvelle opération qui permît d'obtenir à la fois une ponction sclérale, dont les lèvres fussent disposées pour permettre un écoulement facile de l'humeur aqueuse, et qui intéressât en même temps l'iris à sa périphérie, de manière à

associer à la ponction les avantages de l'iritomie et de la névrotomie irienne.

Voici l'opération qu'il désigne sous le nom de *sclériritomie nouvelle* et qui se pratique à l'aide d'un couteau très linéaire, fraîchement aiguisé, avec ou sans fixation du globe oculaire.

Elle comprend trois temps, dont j'emprunte textuellement la description au travail de l'auteur.

Premier temps (INTRODUCTION). — La lame, tranchant dirigé en bas, est introduite à travers le scléro-cornée dans l'encoignure inférieure de la chambre antérieure, conduite parallèlement à l'iris, en direction horizontale et poussée ensuite, de manière à transpercer une seconde fois la sclérotique et à la dépasser de 1 centimètre. Ce premier temps est conforme au premier temps de la sclérotomie d'après Wecker.

Deuxième temps (ROTATION). — Faisant alors tourner la lame sur son axe d'un quart de tour, on l'amène en position perpendiculaire à l'iris, avec lequel son tranchant prend contact. Par ce même mouvement, on fait à la sclérotique une incision perpendiculaire à celle du premier temps. L'humeur aqueuse se vide à ce moment.

Troisième temps (SORTIE). — D'un mouvement rapide, on retire la lame suivant le plan même de la deuxième position. Ce faisant, l'iris est sectionné à son point d'attache, suivant toute la longueur du contact.

Tel est le mode d'exécution de l'opération. Elle offre, d'après l'auteur, l'avantage de donner une plaie sclérale bien disposée pour permettre l'écoulement permanent de l'humeur aqueuse, puisque, d'une part, elle n'est pas normale à la sclérotique, et que, d'autre part, elle représente une sorte de lambeau ou volet en forme de V.

Mais surtout elle donne une large section des nerfs de l'iris, et cette section ou névrotomie irienne est capable de réduire les excitations sécrétoires venant de cet organe par voie réflexe.

Comparant ensuite la valeur des différentes opérations qu'il a appliquées à la cure du glaucome, M. Nicati pense que si la ponction scléro-irienne ou sclériritomie primitive s'applique particulièrement au glaucome cicatriciel avec staphylome de la cornée, la nouvelle opération ou *sclériritomie nouvelle* est l'opération de choix du glaucome spontané.

L'iridectomie classique devrait être réservée aux glaucomes avec occlusion pupillaire.

Pour juger de la valeur de l'opération nouvelle proposée par M. Nicati, il faut évidemment attendre que l'observation clinique ait prononcé. Le D[r] Nicati se propose de faire connaître, dans une

communication ultérieure, les résultats de sa pratique; pour l'instant, il se borne à nous dire qu'il a déjà fait un certain nombre de fois cette opération avec succès. Nous accueillerons avec plaisir les observations qu'il nous promet. Mais, quel que soit le sort ultérieur réservé à la scléritomie nouvelle, les recherches anatomiques et histologiques sur lesquelles l'auteur en a étayé la conception ont une valeur que nous nous plaisons à reconnaître.

Nous proposons : 1° d'adresser des remerciements à l'auteur pour son intéressante communication ; 2° de déposer son mémoire dans nos archives, notre rapport ayant textuellement reproduit la description du manuel opératoire.

Suite de la discussion sur le prolapsus utérin.

M. Paul Segond. Le rapport que M. Quénu nous a lu mercredi dernier à propos de la communication de M. Lejars est en réalité un travail original et très personnel qui marque une phase capitale dans l'histoire des médications et de la valeur de l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement du prolapsus utérin. Ayant moi-même quelque expérience sur cette question, je viens en peu de mots vous dire ce que j'en pense. Avec M. Quénu, j'envisagerai successivement : 1° Les indications générales de l'intervention en cas de prolapsus pelvien ; 2° les indications particulières de l'hystérectomie vaginale; 3° la valeur intrinsèque du procédé opératoire fort ingénieux imaginé par notre collègue. Mais, toujours comme M. Quénu, j'aurai grand soin de ne pas dépasser les limites de la question en cause et de laisser par conséquent de côté tout ce qui n'a point directement trait au rôle de l'hystérectomie dans la guérison du prolapsus.

Au point de vue des *indications générales* de l'intervention, nous avons, je crois, M. Quénu et moi, la même règle de conduite. En présence d'un cas quelconque de prolapsus pelvien, la condition *sine qua non* du succès sera toujours de bien reconnaître toutes les altérations ou défections anatomiques coupables du prolapsus et de les combattre une à une sans la moindre exception par l'association convenable des opérations dont nous disposons, pour remédier soit à la défection de l'appareil de soutènement, soit au relâchement de l'appareil de suspension, soit aux modifications de forme et de volume portant sur l'utérus lui-même. Je parle ici des opérations de choix seulement, c'est-à-dire de nos procédés perfectionnés de périnéorrhaphie ou de colpopérinéorrhaphie, de l'hystéropexie et des interventions portant sur l'utérus lui-

même, telles que l'opération d'Huguier et l'hystérectomie vaginale totale.

A propos de l'opération d'Huguier que je pratique toujours à titre d'opération préliminaire indispensable, toutes les fois qu'il y a allongement hypertrophique de l'organe, je tiens à dire que mon but, en agissant ainsi, n'est pas du tout, comme paraît le croire M. Quénu, de diminuer le poids de l'organe à soutenir. J'obéis simplement à la nécessité évidente de rendre à l'utérus sa hauteur normale, laquelle est seule compatible avec le maintien d'une bonne réduction. Et, comme je l'ai dit ailleurs, peu importe que l'allongement anormal de l'utérus soit le résultat d'une élongation mécanique ou d'un processus hypertrophique. Cette distinction a sans doute un intérêt physiologique, mais, en pratique, elle n'a pas de valeur. Dès qu'il y a allongement hypertrophique, peu importe son processus pathogénique, l'indication de l'opération d'Huguier n'en demeure pas moins formelle.

Quant aux autres opérations que je viens de citer, il y a un instant, ce n'est point ici le lieu d'en parler avec plus de détail et d'insister sur les très beaux résultats qu'elles donnent depuis que nous savons mieux les faire. Je ne veux pas davantage énumérer les raisons qui m'ont conduit à abandonner certaines opérations telles que l'opération de Le Fort, ou bien encore l'opération d'Alexander pour considérer l'hystéropexie, d'une part et, d'autre part, nos procédés actuels de colporrhaphie et de colpopérinéorrhaphie, comme les opérations de choix quand il s'agit d'obvier, soit au relâchement de l'apparail de suspension, soit à la défection de l'appareil de soutènement. Ce serait dépasser beaucoup trop les limites de la question mise en discussion par M. Quénu.

Le seul point que je désire souligner, sans craindre de me répéter, c'est qu'en fait de prolapsus pelvien, la lésion monorganique étant la grande exception, et la complexité des désordres la règle ou peu s'en faut, il en résulte que ce n'est presque jamais par une seule opération, si bonne soit-elle, qu'on peut corriger un prolapsus utérin et que les associations opératoires combinées et choisies d'après la nature même de toutes les lésions sont seules capables de donner un résultat durable.

Cette déclaration préalable était bien comprise, j'arrive à la vraie question mise en cause par M. Quénu, c'est-à-dire à l'étude des *indications particulières de l'hystérectomie vaginale.* Dans une leçon récente que M. Quénu a bien voulu citer, j'ai reconnu cinq indications principales de l'hystérectomie vaginale :

1° La présence d'un fibrome, et, *a fortiori*, d'un cancer de l'utérus prolabé ;

2° L'évolution simultanée d'une lésion inflammatoire bilatérale des annexes ;

3° L'existence d'une tumeur périutérine refoulant l'organe prolabé ;

4° L'irréductibilité du prolapsus ;

5° L'allongement hypertrophique, lorsque l'ensemble des autres lésions nécessaires à corriger exige l'association de l'opération d'Huguier à d'autres interventions, notamment à l'hystéropexie et lorsque, l'âge de la femme permettant de négliger la question de procréation, il est vraiment plus simple de préférer une hystérectomie bénigne avec ou sans colpopérinéorrhaphie ultérieure, à une association opératoire plus ou moins complexe et tout au moins sérieuse quand l'hystéropexie doit en faire partie.

Ces quelques mots vous montrent que je partage les vues de M. Quénu sur l'utilité de l'hystérectomie vaginale dans le traitement de certains prolapsus et sur la nature de ses indications. Comme lui, je pense que la question d'âge est ici de la plus haute importance. Il faut, à la vérité, ne pas être trop absolu, et quand l'opportunité de l'hystérectomie nous est par exemple démontrée par une altération néoplasique fibromateuse ou cancéreuse de l'utérus prolabé, par l'existence de lésions annexielles inflammatoires, réellement justiciables de l'ablation, par la présence d'une tumeur périutérine annexielle ou interligamenteuse, ou bien encore par l'irréductibilité de l'organe prolabé compliquée ou non de lésions ulcéreuses ou même de sphacèle, il est clair que l'âge de la patiente est négligeable. Mais, en dehors de ces quatre indications particulières, on n'a jamais le droit de recourir à l'hystérectomie que si la femme a dépassé l'âge raisonnable de la procréation. Ceci revient à dire que chez une femme encore jeune dont le prolapsus ne se complique pas d'une autre lésion utérine ou périutérine exigeant par elle-même l'ablation, on n'est jamais autorisé à préférer la simplicité d'une hystérectomie suivie ou non de réparation périnéo-vaginale aux autres associations opératoires dont j'ai parlé.

Il m'est assez difficile de préciser davantage et j'en ai dit assez, je pense, pour bien montrer qu'à mes yeux les indications de l'hystérectomie vaginale sont, en définitive assez rares. Par contre, j'estime que dans les conditions spéciales que j'ai précisées, les indications de l'hystérectomie vaginale sont formelles, et qu'il soit ou non nécessaire d'en compléter les bienfaits par une restauration périnéale ou vaginale, nombre de femmes y trouveront les conditions d'une guérison durable et très satisfaisante. Je ne prétends point, notez-le bien, que cette guérison soit infaillible, tant s'en faut. Il y aura toujours des faits aussi désespérants, par exemple, que celui de Muller qui, chez une femme de 38 ans, fait

une colpopérinéorrhaphie suivie de récidive, puis une amputation supra vaginale avec fixation du pédicule dans la plaie suivie également d'une reproduction rapide du prolapsus, avec un inconvénient nouveau résultant de ce que la femme avait ses règles par le moignon cutané. Bref, il est probable que l'hystérectomie aura ses insuccès, tout comme l'hystéropexie ou les restaurations périnéales les mieux faites. Mais, je n'en suis pas moins convaincu qu'elle est, dans nombre de cas, le moyen le plus simple, ou même le seul moyen, d'obtenir la guérison.

A l'appui de cette manière de voir, je ne puis encore vous citer que trois faits, et c'est même là ce qui vous prouve qu'à mes yeux, les prolapsus pelviens justiciables de l'hystérectomie sont rares. Mes deux premières hystérectomies pour chûte de l'utérus datent seulement du 12 avril et du 17 mai de cette année et figurent dans ma statistique d'hystérectomies pour lésions des annexes. *La première* de ces malades, âgée de 50 ans avait un utérus de 15 centimètres en prolapsus complet avec cystocèle et double annexite très douloureuse. Son périnée était suffisant. Pour la guérir, il aurait donc fallu lui faire simultanément un curettage, une amputation d'Huguier, une colporrhaphie antérieure et une hystéropexie. J'ai trouvé plus simple de procéder seulement à l'hystérectomie. L'opération s'est faite sans incident et quatre mois après, sauf un léger degré de cystocèle, la malade était en parfait état. Par malheur, elle est morte de pneumonie en septembre. Ma *deuxième opérée* se représentait dans des conditions analogues : 51 ans; utérus de 15 centimètres, endométrite, double annexite très douloureuse, cystocèle ; périnée suffisant. Au lieu de procéder simultanément à la colporraphie antérieure, à l'opération d'Huguier et à l'hystéropexie, j'ai enlevé l'utérus, et la malade est, à cette heure, en très bon état. Toutefois, je crains que le degré de cystocèle qui existe encore n'exige une réparation ultérieure. Ma *troisième hystérectomie* ne date que du 22 novembre. La malade âgée de 50 ans présentait les lésions suivantes : prolapsus d'un utérus mesurant 12 centimètres de cavité, endométrite, deux fibromes interstitiels du fond de l'organe, annexes saines, léger degré de cystocèle ; périnée suffisant. A l'association nécessaire du curettage, de l'amputation d'Huguier, de la colporrhapie antérieure et de l'hystéropexie, j'ai préféré l'hystérectomie et la malade se porte actuellement fort bien. La guérison sera-t-elle durable? Faudra-t-il, oui ou non, corriger plus tard la saillie anormale de la paroi vaginale antérieure? Je ne puis encore le dire, et du reste, chez cette troisième opérée, aussi bien que chez la deuxième, la nécessité d'une colporrhaphie antérieure ne serait pas de nature à me faire regretter ma conduite.

Les indications de l'hystérectomie vaginale étant ainsi précisées, la question du meilleur procédé opératoire à suivre reste à déterminer, et sur ce point seulement je vais me trouver en désaccord avec mon collègue M. Quénu. Non point que je veuille critiquer le procédé opératoire fort ingénieux qu'il nous propose. Je sais trop bien les erreurs grossières auxquelles on s'expose quand on veut juger théoriquement des opérations sans les avoir vu faire ou les avoir pratiquées soi-même, pour courir un pareil risque. Je suis même très heureux de reconnaître toute l'ingéniosité du manuel opératoire imaginé par notre collègue et la sangle merveilleuse qu'il cherche à construire est à coup sûr très séduisante.

Par contre, je proteste absolument contre le véritable anathème que M. Quénu cherche à lancer contre l'emploi des pinces à demeure. Cette méthode, dit-il, « soutenable en d'autres circonstances, est *déplorable* s'il s'agit d'hystérectomie pour prolapsus ; c'est se résoudre d'avance à la réunion secondaire alors qu'il faut, à tout prix, chercher ici la réunion par première intention. » Ce jugement est vraiment par trop sommaire et rien ne le justifie. En effet, je ne crois pas du tout que la réunion par première intention soit ici une condition si précieuse que le pense M. Quénu, et pour ma part, je pense qu'une sangle produite par la rétraction cicatricielle de deux moignons qui résultent de la section des ligaments larges et qui se fusionnent avec le fond du vagin après l'emploi des pinces, je pense, dis-je, que cette sangle cicatricielle, réalise mieux les conditions requises qu'une sangle formée par la suture des ligaments larges dont toutes les parties doivent alors retrouver d'autant mieux leur souplesse et leur tendance à l'élongation que leur réunion *per primam* aura été plus idéale et plus parfaite.

Et qu'on le note bien, la solidité de la sangle cicatricielle qui se forme au fond du vagin, quand on s'est servi du pincement, n'est point du tout théorique. Elle a ses preuves très indiscutables. Pour ma part, j'ai fait un nombre considérable d'hystérectomies. J'en ai fait notamment chez des femmes qui avaient des fibromes très volumineux et qui, par les dimensions de la brèche vaginale résultant de l'opération, semblaient prédestinées entre toutes au prolapsus ultérieur. Or, je n'ai jamais observé semblable accident, et chez toutes les opérées dont je parle, le toucher vaginal, pratiqué longtemps après guérison, m'a toujours fait percevoir au fond du vagin, un moignon cicatriciel de consistance et de solidité très rassurantes. Auss, me paraît-il, pour le moins excessif de considérer dans l'espèce l'emploi des pinces comme déplorable, et si, comme je le crois, l'expérience nous démontre que la cicatrice obtenue après usage des pinces est sinon plus solide, du moins aussi solide que

la sangle confectionnée par le procédé de M. Quénu, je resterai plus que jamais fidèle à la méthode des pinces à demeure. Quant aux autres temps de l'hystérectomie, je n'y insiste pas. Suivant la remarque de M. Quénu, tout se passe au dehors, et les difficultés habituelles de l'hystérectomie sont réduites au minimum. L'hémostase se fait avec une grande sûreté et le seul temps opératoire auquel il faille apporter une assez grande attention, c'est le décollement de la vessie. Sur deux de mes opérées, je n'ai ouvert le cul-de-sac vaginal antérieur qu'après avoir dégagé 11 centimètres d'utérus et, durant cette étape opératoire dont la longueur peut être considérée comme habituelle en pareil cas, il convient de veiller à l'intégrité de la vessie. Rien n'est plus simple, du reste, à la double condition d'opérer avec soin et de bien connaître les changements de rapports propres à l'allongement hypertrophique et au prolapsus.

M. Richelot. — La première hystérectomie vaginale que j'ai faite pour un prolapsus utérin, chez une femme de 60 ans, le 25 juillet 1886, m'a démontré ce que je n'ignorais pas, à savoir la grande facilité relative et la bénignité extrême de l'opération dans les cas de ce genre; en second lieu, la possibilité d'une chute secondaire des parois vaginales après l'extirpation et, par suite, l'obligation de considérer celle-ci comme une opération préliminaire. Le cloisonnement du vagin m'ayant permis, trois mois après, d'achever la guérison, je pensai que la suppression du poids de l'utérus nous garantissait la réussite des anaplasties vaginales, et je vis alors dans l'hystérectomie, une ressource précieuse contre les prolapsus rebelles, après récidive, ou d'emblée quand le relâchement des tissus est extrême et fait prévoir l'insuccès des opérations anaplastiques.

Néanmoins, j'attendis trois ans avant de recommencer. J'avais, en 1888, pratiqué la colporraphie chez une femme dont l'utérus, tombé depuis vingt-deux ans, m'avait paru sain. En mars 1889, elle revint avec une récidive, et je trouvai l'organe volumineux et bosselé; le développement de petits fibromes jouait sans doute un rôle dans la procidence nouvelle, et de plus, elle avait des métrorragies et des douleurs vives. Une colporraphie secondaire n'aurait pas empêché l'évolution des tumeurs; l'hystéropexie n'aurait pas mieux fait; l'ablation des ovaires n'aurait pas remédié au prolapsus. Bref, l'hystérectomie vaginale me parut seule indiquée. Tout en la faisant, je prévins mes aides que peut-être elle ne me dispenserait pas, dans l'avenir, d'une seconde anaplastie. En effet, la malade resta guérie plusieurs mois, revint en 1890 avec un prolapsus des parois vaginales qui motiva une deuxième colporraphie, et depuis lors tout est resté en place.

Remarquez bien qu'il y avait ici des fibromes. Pendant les trois années qui suivirent, j'ai traité mes prolapsus par la colporraphie, sans penser même à enlever l'utérus. Puis, en novembre 1892, est entrée à Saint-Louis une femme de 33 ans qui avait subi la colporraphie au mois de juillet de la même année. L'insuccès de l'opération tenait-il en partie à la présence des lésions annexielles? Le fait est que je lui trouvai une chute presque totale et un hydrosalpinx très volumineux à droite. J'enlevai la trompe et l'ovaire de ce côté, après avoir morcelé l'utérus, et je laissai en place les annexes gauches adhérentes. La guérison, depuis un an, ne s'est pas démentie.

Chez une femme de 32 ans, qui avait eu six couches et conservé cinq enfants, il s'agissait d'une énorme hypertrophie sus-vaginale; l'utérus alourdi et descendu partiellement, avait un gros col déchiré, et la malade souffrait plusieurs fois par jour de crises violentes qui l'empêchaient de se mouvoir. Elle fut opérée le 4 février 1893.

Chez une cinquième, encore plus récente (29 juillet), c'est le relâchement extrême des parois et la procidence totale qui me firent douter de la colporraphie et me décidèrent à enlever l'utérus. La récidive n'est pas venue et peut-être ne viendra pas; mais le cas n'est pas encore assez vieux pour qu'on puisse le juger.

Il y a huit jours enfin, le jour même où M. Quénu présentait son rapport, j'ai fait pour la sixième fois l'hystérectomie vaginale sur la même indication, chez une femme de 48 ans, qui avait eu jadis une déchirure périnéale complète et dont le segment inférieur était vraiment gigantesque, avec deux lèvres informes et un orifice largement béant.

Total : six observations. Et sur ce nombre, il y en a deux où des lésions importantes (fibromes hémorragiques et douloureux, altérations bilatérales des annexes), étaient à elles seules un motif suffisant d'exérèse totale. En réalité, je n'ai fait celle-ci que quatre fois pour le seul prolapsus, avec ou sans hypertrophie du col.

Cette pratique réservée est la preuve que, malgré mes sentiments bien connus pour l'hystérectomie vaginale, je ne lui attribue, dans le traitement du prolapsus utérin, qu'une valeur assez restreinte. Je ne la réprouve en aucune façon, puisque je l'ai faite encore il y a huit jours; elle est permise, à la condition qu'on l'applique aux femmes d'un certain âge, dont l'utérus est devenu un meuble inutile, et je la trouve d'autant plus légitime qu'elle n'est dans l'espèce, ni difficile, ni grave. Mais j'ai presque toujours adopté une autre ligne de conduite, et je ne suis pas sûr que, dans les quatre cas susdits, les raisons qui m'ont décidé à la faire soient indiscutables.

Il faut, selon moi, partir d'un double principe : 1° La colporraphie est une opération très efficace ; 2° la fixation vaginale est illusoire.

Je dis en premier lieu, que nombre des chutes utérines que nous observons guérissent très bien par la colporraphie. Le meilleur procédé me paraît être celui d'Hégar, et je le fais très simplement : Surface d'avivement triangulaire aux dépens de la paroi postérieure que mon doigt décolle rapidement de bas en haut ; avivement elliptique sur la paroi antérieure ; série de points séparés en crin de Florence, que j'échelonne de haut en bas, l'aiguille prenant le tissu cellulaire prérectal pour bien ramasser les tissus ; mépris complet des procédés d'auteur, des étages, des surjets compliqués ; aucune recherche de la régularité mathématique ; avant tout, supprimer assez d'étoffe et rétrécir autant qu'il le faut. Jamais, sur un nombre considérable d'opérations, la réunion primitive n'a manqué ; j'ai eu seulement quelques récidives après plusieurs mois, chez ces femmes dont les tissus ont une puissance de relâchement extraordinaire. Quand la chute s'est reproduite, j'ai rétréci de nouveau et je n'ai pas encore vu cette seconde opération manquer son but. Ce qu'il faut, en somme, pour empêcher le vagin de retomber, c'est enlever largement les tissus exubérants et rétrécir le conduit.

Quant à vouloir accrocher la paroi vaginale, je répète que c'est une illusion. J'ai lu un jour dans le *Bulletin médical* un procédé de « vagino-fixation » que M. Péan avait employé chez une malade et qu'il vantait beaucoup ; cela consistait à passer des anses de fil dans le tissu cellulaire, à droite et à gauche du vagin, pour y former des brides cicatricielles. Quelques mois plus tard, la malade entrait dans mon service avec une récidive complète et je la guéris simplement par la colporraphie.

Aujourd'hui, M. Quénu nous recommande un procédé beaucoup plus séduisant, plus chirurgical à coup sûr, mais auquel je ne me fierais pas davantage. Après avoir enlevé l'utérus et fait l'hémostase par des ligatures à l'exclusion des pinces à demeure, il réunit sur la ligne médiane les deux ligaments larges pour former une sangle, il suture la plaie vaginale à cette sangle et replace le tout dans le petit bassin. Puis il compare les ligaments larges à des lambeaux autoplastiques, admet qu'ils doivent se rétracter vers leur base, c'est-à-dire vers l'enceinte pelvienne, et compte sur eux pour suspendre le vagin.

Malheureusement, les ligaments larges ne sont pas des lambeaux autoplastiques ; ils sont flasques, obéissants, et se laissent attirer au dehors, par le vagin ou l'utérus, avec une docilité désespérante. Je puis donner à M. Quénu la preuve que les rapports

anatomiques qu'il cherche à réaliser par la suture, entre eux et la plaie vaginale, s'établissent d'eux-mêmes, naturellement, à la suite de l'hystérectomie *et de l'application des pinces à demeure*. J'ai opéré, il y a longtemps (9 septembre 1886) une femme qui avait un cancer de l'utérus un peu trop avancé, et qui mourut à la fin du troisième jour, douze heures après l'abation des pinces, avec des phénomènes nerveux singuliers, aphasie et convulsions, suscités par une double néphrite interstitielle. A l'autopsie, le péritoine était sain et complètement fermé par les deux ligaments larges qui, inclinés l'un vers l'autre et unis sur la ligne médiane, étaient d'ailleurs collés aux deux lèvres de la plaie vaginale. Après guérison, ligaments et plaie eussent été solidement fusionnés; et cela doit être la disposition normale de la cicatrice, toutes les fois qu'un épanchement sanguin ou une suppuration septique ne viennent pas désunir les tissus. Or, il est d'expérience que, malgré la cicatrisation la plus régulière, les parois vaginales réduites après l'hystérectomie peuvent retomber quelques mois plus tard ; donc cette fusion du vagin et des ligaments est insuffisante pour les soutenir. « Mes malades sont guéries, » va dire M. Quénu. Soit; mais vous avez fait aussi, et très judicieusement, la colporrhaphie. Si elles restent guéries dans l'avenir, soyez sûr que c'est à la colporraphie qu'elles le doivent.

Pour conclure, j'émettrai quelques propositions générales sur le traitement du prolapsus utérin, sans discuter longuement le rôle du périnée (appareil de soutien) ou celui des ligaments (appareil de suspension), recherche trop subtile et dont il est dangereux de vouloir tirer des indications.

Il faut d'abord mettre à part les cas où la chute s'accompagne de lésions qui peuvent motiver par elles-mêmes l'extirpation de l'utérus. Tels sont les fibromes et les maladies annexielles dont j'ai parlé. Le prolapsus, pour ainsi dire, n'est pas en cause ; il a seulement l'avantage de rendre l'opération plus facile.

Si la chute est simple, si l'utérus est petit, si l'exubérance et la flaccidité des parois ne sont pas extrêmes, la colporrhaphie bien faite est le traitement par excellence.

Si l'utérus est gros, si l'hypertrophie du col donne à penser que le volume et le poids de l'organe pourront nuire à la réunion ou favoriser la récidive, l'amputation sus-vaginale — non celle d'Hugnier, mais celle que nous faisons maintenant — précédera la colporraphie.

Si le relâchement excessif des tissus rend douteux le succès de l'anaplastie vaginale, d'emblée ou après la récidive, on peut, l'anaplastie restant la base du traitement, recourir à des moyens auxiliaires, tels que l'opération d'Alexander, ou mieux l'hysté-

ropexie. Et cependant, malgré la fixation de l'utérus, on a vu les parois vaginales se dérouler encore à l'extérieur.

Devons-nous ranger l'hystérectomie parmi ces moyens auxiliaires? Encore une fois, je ne veux pas la proscrire ; mais il faut se rappeler le mécanisme de la procidence : ce n'est pas l'utérus qui pousse le vagin dehors, c'est le vagin qui se déroule et attire l'utérus. Que la suppression d'un organe volumineux et pesant, douloureux, hémorragique, paraisse opportune, qu'on la juge bénigne et plus expéditive qu'une amputation sus-vaginale avec suture circulaire de la plaie vaginale au moignon, c'est fort bien. Mais il faut savoir qu'on ne fait rien de plus radical en agissant ainsi; au contraire, l'hystérectomie est accessoire, c'est un premier temps qui sera suivi d'une intervention nouvelle. Aussi serait-elle inférieure, si on la faisait seule, aux traitements qui réussissent du premier coup; aussi devons-nous tenir pour rationnel de ne pas la faire seule, d'assurer l'hémostase par des ligatures à l'exclusion des pinces afin d'avoir le champ libre, et de le faire suivre d'une colporraphie immédiate. Et c'est ainsi que, de gré ou de force, nons en revenons toujours à la colporraphie.

M. Championnière. Je crois que plus ancienne sera l'expérience des chirurgiens qui ont cherché à remédier à la chute de l'utérus, et plus les conclusions en faveur du succès seront modérées.

Je suis surpris que M. Quénu n'ait pas trouvé autour de lui plus de cas d'hystérectomie pour chute de l'utérus, car l'idée a dû en venir à tout le monde. Pour ma part, je l'ai faite huit fois dans ce but sur 62 cas d'hystérectomie vaginale, et je m'étais fait inscrire au dernier Congrès de chirurgie pour une communication sur ce sujet.

A ce moment, tous mes cas opérés étaient heureux et l'un datait de plus d'une année, et si je n'ai pas repris ce mémoire plus tôt, c'est que peu après, je revis la première malade qui se plaignait de rectocèle et de cystocèle, autrement dit du retour d'une partie de ses accidents. Aussi, sans conclure que l'opération était mauvaise, j'étais amené à admettre qu'elle était irrégulière d'action et insuffisante comme toutes les opérations proposées pour cette infirmité.

C'est là ce qui me fait dire aujourd'hui à M. Quénu : Votre opération est ingénieuse, mais votre expérience est tellement récente que vous ne pouvez rien conclure.

En effet, je puis dire que j'ai épuisé toutes les opérations pour le prolapsus, que j'ai eu de beaux succès avec toutes les opérations, mais que j'ai eu trop de récidives, trop de retours d'accidents pénibles pour être complètement satisfait de ce que j'avais

obtenu. J'avais la pensée que la suppression de l'utérus nous mettrait à l'abri de tous les accidents, j'ai peur que, quelle que soit la forme que nous donnions à cette extirpation, elle ne nous réserve encore des mécomptes.

Il ne faudrait pas trop médire des autres opérations. Pour ma part, je les ai faites souvent avec de bons résultats.

J'ai commencé par l'opération de Sims, la résection du vagin en arrière de la vessie, et j'ai revu, il y a peu de temps, c'est-à-dire dix-neuf ans après l'opération, une femme chez laquelle l'utérus a cessé de descendre. Il s'abaisse un peu vers la vulve, mais reste bien caché. Il descendait en entier entre les jambes.

J'ai été plus satisfait de l'opération dite de Le Fort, le cloisonnement vaginal et j'ai pu croire après deux ou trois années d'opérations que les malades étaient tout à fait à l'abri des récidives.

Ayant vu des opérées en bon état, mais d'autres avec menaces de récidives assez marquées, je suis passé à la fixation abdominale de l'utérus qui m'avait donné d'excellents résultats pour la rétroversion. Là encore, après avoir obtenu un succès immédiat, j'ai vu le résultat se modifier et des inconvénients se produire. Sans doute, l'utérus ne sort pas de la vulve, il est retenu par une bride solide, mais le vagin, la vessie, le rectum ont une tendance à s'affaisser, à faire hernie, la sensation de pesanteur revient et on ne saurait considérer le résultat comme une guérison bien parfaite de l'infirmité.

Je répète donc, qu'avec cette troisième opération, j'avais à peu près soulagé toutes les malades; un petit nombre étaient restés guéris. Mais j'avais assez d'échecs partiels définitifs pour être mécontent de l'opération, et j'étais très satisfait de la pensée que l'hystérectomie devenant une opération simple, on pourrait chez les femmes hors d'âge se débarrasser de l'utérus pour créer une situation plus satisfaisante.

J'ai estimé que l'ablation de l'utérus enlèverait une partie du poids ressenti, et puis que dans les cas assez nombreux où des lésions utérines (corps fibreux, hypertrophie) ou des annexes causeraient le prolapsus, les chances de succès seraient très grandes.

Enfin, j'admettais que la constitution de la cicatrice considérable qui se forme dans le petit bassin, vers le fond du vagin, assurerait dans une certaine mesure le relèvement des parties molles.

Mon expérience actuelle, plus ancienne que celle de M. Quénu, me permet de dire qu'une partie seulement de mes prévisions a été réalisée. Je suis convaincu que lorsqu'un même temps se sera écoulé pour les opérations de M. Quénu, il en sera de même. La théorie de son opération ne me paraît pas reposer sur des faits bien avérés, et son opération plus compliquée ne me paraît pas avoir d'avantages sensibles

Bien entendu, chez les sujets opérés, ce que l'on peut appeler la tendance à la récidive sera seulement la tendance à hernie de la vessie et du rectum, avec sensation de pesanteur au périnée.

Je ne l'ai pas observée, en tous cas, mais je suis disposé pour y remédier à compléter mon opération par la colporraphie. J'ajoute à ce sujet que la colporraphie seule ne m'a jamais donné de résultats satisfaisants dans la chute de l'utérus. J'ai même eu l'occasion de faire l'ablation de l'utérus chez deux sujets qui l'avaient subie, opérées par d'autres chirurgiens.

Ma conclusion, sans annoncer avec enthousiasme l'hystérectomie comme remède à la chute de l'utérus, lui est cependant favorable. Je fais remarquer toutefois qu'il existe un état de relâchement de tous les tissus tel que la colporraphie peut être d'un secours indispensable.

Je voudrais surtout mettre en garde contre une proposition qui affirmerait par trop la bénignité de l'opération. L'état des vaisseaux du petit bassin nous montre un relâchement tel qu'on ne saurait être trop surpris d'assister à des accidents d'hémorragie, même chez des sujets chez lesquels l'hémostase a paru être parfaite. J'en ai vu avec des ligatures, et j'en ai vu avec des pinces; j'ai perdu une malade dans ces circonstances, tout récemment. Elle est morte, le cinquième jour, après une hémorragie assez intense, le 1er janvier. Elle avait évidemment un mauvais état général, son foie était stéatosé. Mais elle a eu une hémorragie que nous ne pouvions prévoir et qui ne répondait à aucun vaisseau important.

Or, j'ai observé si constamment ces faits que j'ai résolu de prendre des dispositions nouvelles contre les hémorragies chaque fois que j'aurai à opérer un cas de cette sorte.

Je crois aussi que ces femmes, qui font de la chute de l'utérus, ont souvent un état général assez mauvais, une circulation assez médiocre, pour nous engager à ne pas considérer chez elles une grande intervention comme trop bénigne.

La dernière opérée à laquelle je viens de faire allusion avait été au préalable opérée par la fixation de l'utérus, et j'avais pu constater que l'utérus était fixé à la paroi par une bride très puissante. C'était encore là une condition qui nous montre que le retour des accidents dépend de conditions très multiples étrangères à la fixité de l'utérus et à son poids, conditions dont il faudra tenir compte pour arriver à un résultat satisfaisant.

Présentation de malades.

1° *Appendicite avec péritonite généralisée. Laparotomie. Drainage. Fistule stercorale temporaire. Guérison.*

Par M. Tuffier.

Eugène D... est un garçon de 21 ans qui entre dans le service de M. Guyot à l'hôpital Beaujon le 24 octobre pour des accidents de péritonite, il est transporté d'urgence le lendemain dans notre service, où il nous donne les renseignements suivants. Ayant toujours eu une excellente santé, n'ayant jamais souffert d'une affection intestinale quelconque, il fut pris brusquement, quatre jours avant son entrée à l'hôpital, de douleurs violentes dans tout l'abdomen; il put cependant continuer son travail de garçon de magasin et ne s'alita que le 19 octobre. Pendant ces quatre jours, il eut de violentes coliques avec vomissements alimentaires ou bilieux se reproduisant trois ou quatre fois par jour, mais augmentant chaque jour d'intensité et de fréquence et l'obligeant à entrer à l'hôpital.

Je trouve cet homme avec tous les signes d'une péritonite généralisée. Décubitus dorsal, les jambes demi-fléchies, les pommettes rouges, yeux excavés, le nez effilé, la respiration fréquente. Le ventre est uniformément ballonné, les anses intestinales se dessinent sous la peau. Sonorité tympanique, douleur exquise dans tout l'abdomen, si bien qu'on doit mettre un cerceau pour éviter le poids des couvertures. La vessie est vide et le malade n'a uriné que 400 grammes en douze heures, la langue est rouge sur les bords, saburrale avec enduits épais au milieu, les vomissements sont alimentaires et bilieux verdâtres, la constipation est complète sauf pour les gaz.

La palpation de l'abdomen est très difficile, mais je trouve un maximum de sensibilité très peu accentué; dans la fosse iliaque droite la température est de 38°,2, le pouls à 108. Si peu accentué que fût le maximum de sensibilité à droite, il suffit à me faire penser à une appendicite. Toutefois l'état ne me paraissait pas nécessiter une intervention d'urgence.

Le lendemain, le malade était dans le même état, il n'existait pas plus de localisation précise des lésions que la veille. Mais le ventre était plus tendu. Je pratiquai le toucher rectal et je trouvai dans le cul-de-sac péritonéal postérieur une masse un peu molle douloureuse qui me parut faire corps avec l'intestin, remplissant l'excavation pelvienne et remontant peut-être un peu plus haut à droite qu'à gauche. Malheureusement le palper abdominal ne pouvait être combiné au toucher à cause de la sensibilité très vive de l'abdomen. Malgré cela je portai le diagnostic appendicite avec péritonite suppurée et collection purulente intra-pelvienne. Je considère le toucher rectal comme un moyen précieux d'exploration dans tous les cas d'appendicite. Deux fois j'ai trouvé par cette manœuvre une collection péritonéale et deux fois mon diagnostic d'appendicite avec péritonite fut vérifié par l'in-

tervention d'ailleurs suivie de succès. Je me proposai donc d'intervenir au plus tôt. Pendant toute la journée les accidents s'aggravèrent. Ventre très ballonné, vomissements presque incoercibles, température à 39°, pouls à 120.

Je pratiquai le 24 la laparotomie latérale dans la fosse iliaque droite; sous le sommeil chloroformique je pus sentir une masse occupant tout le petit bassin et plus saillante à droite. Incision de la ligature de l'iliaque externe mais ayant 14 centimètres de longueur. J'ouvre la cavité péritonéale, l'intestin grêle, distendu, fait hernie dans la plaie, il est rouge et couvert de fausses membranes. Je décolle les anses agglutinées dans toute la région de la fosse iliaque, de la région ombilicale et jusqu'au voisinage de la région hypogastre : toutes les anses que je puis amener dans la plaie sont couvertes de fausses membranes grisâtres que je détache péniblement avec une éponge et du sublimé au 1/2000.

La toilette ainsi faite, je mets une longue et large mèche de gaze iodoformée pour protéger et drainer la grande cavité péritonéale et je me mets en devoir de décoller les anses agglutinées autour du cæcum et remplissant le petit bassin. Je tombe alors dans une énorme poche intra-péritonéale limitée de tous côtés par des anses intestinales et contenant plus d'un litre d'un pus gris rougeâtre et infect — pas de corps étranger — pas de matières stercorales. Le fond de cette cavité va jusqu'au cul-de-sac post-vésicorectal; lavage de la poche, lavage des anses qui sont séparées les unes des autres. Tamponnement à la Nickuliez.

Suture partielle en étages de la longue plaie abdominale.

Le tamponnement est enlevé le 3e jour et remplacé par un drain. Au 9e jour fistule stercorale, liquide jaunâtre d'odeur fécaloïde. Cette fistule persiste dix-sept jours puis devient purulente. Elle est complètement guérie le 27 décembre, et je vous présente aujourd'hui, le malade guéri et ne présentant ni hernie, ni induration de la fosse iliaque.

2° *Résection du maxillaire inférieur.*

M. Moty présente deux malades réséqués de la moitié droite du maxillaire inférieur, l'un en juillet 1890 pour épithélioma enkysté ayant pris naissance dans l'alvéole de la dent de sagesse, l'autre pour tumeur à myéloplaxes de la paroi interne du maxillaire inférieur en juin 1892.

Ces deux malades ont été soumis préventivement et consécutivement à l'usage interne de l'arséniate de soude.

L'opération n'a pas présenté de difficultés en ce qui concerne l'hémostase, un tampon maintenu sur la plaie buccale par le doigt d'un aide ayant suffi à empêcher la pénétration du sang dans la bouche.

Le premier malade offre un intérêt spécial parce qu'il a eu, dans

les six mois qui ont suivi l'intervention, deux récidives locales enrayées par le curetage suivi d'injections interstitielles de naphtol camphré répétées tous les quinze jours.

M. Berger. Je tiens à faire remarquer que chez les malades présentés par M. Moty la déviation de la mâchoire vers le côté réséqué, que l'on donne souvent comme inévitable, existe à peine. La prothèse immédiate n'est donc pas indispensable.

Présentation de pièces.

1° *Kyste volumineux de l'utérus.*

M. Monod présente un gros kyste uniloculaire de l'utérus qui, avant et au cours même de l'opération (laparotomie), avait toutes les apparences d'un kyste de l'ovaire.

La tumeur provient d'une femme âgée de 58 ans; son début remonte à huit ans. Il y a sept ans, ponction dans le service de M. Polaillon, trois litres et demi de liquide. Un mois après elle a repris le même volume. Depuis lors elle est supportée sans inconvénient; elle ne devient gênante que par son volume; jamais de métrorragies ni de pertes blanches.

A l'examen, le ventre forme une saillie visible; la tuméfaction remonte jusqu'à l'épigastre. Consistance résistante, pas de flot, mais fluctuation évidente. La tumeur est relativement élevée; on peut introduire les doigts entre elle et la symphise pubienne. Elle est cependant en connexion évidente avec l'utérus, ce qui se reconnaît par le toucher. L'utérus est manifestement remonté et tiré en haut par la tumeur.

Opération le 16 décembre. — Le ventre ouvert par incision médiane, la tumeur apparaît présentant la couleur blanchâtre habituelle des kystes de l'ovaire. Par la ponction qui donne issue à 5 litres et demi d'un liquide grisâtre, elle s'affaisse complètement, et la poche peut être attirée dans la plaie. Ce n'est qu'au moment d'étreindre le pédicule que l'on s'aperçoit que l'utérus est compris dans celui-ci. Force est de le sectionner après application préalable d'un tube élastique. Le moignon, après cautérisation au thermo-cautère de la surface de section est abandonné dans le ventre.

Suites opératoires nulles, aucune réaction. Mais la malade présente, trois semaines après l'opération, des signes de démence sénile.

La pièce, dont la description détaillée sera donnée à la Société anatomique par mon interne, M. Raffray (séance du 12 janvier) montre que la tumeur s'est développée, comme l'a établi l'examen histologique pratiqué par M. Macaigne, chef de mon laboratoire,

aux dépens de la paroi utérine elle-même, tout en respectant la cavité de l'utérus qui est intacte à côté de la tumeur.

Les parois du kyste sont formées d'une première enveloppe d'un tissu fibroïde, dans lequel on découvre de rares éléments musculaires atrophiés. Ceux-ci sont absolument évidents dans la région la plus extérieure de la poche, à la surface de laquelle la paroi utérine elle-même est comme étalée. En un point de la paroi kystique on découvre un petit corps fibreux inclus.

L'hypothèse la plus probable est que l'on se trouve ici en présence d'une dégénérescence kystique du fibrome de l'utérus, présentant cette particularité que l'élément kystique l'emporte de beaucoup sur l'élément fibreux dont on ne retrouve que des traces appréciables seulement à l'examen histologique.

M. Routier. J'ai eu aussi affaire à un grand kyste de l'utérus que j'avais pris pour un kyste ovarique. Après l'ouverture du ventre, je ponctionnai une vaste poche à parois minces et nacrées que j'attirai peu à peu au dehors, non sans peine, car elle était engagée sous le mésentère. A mon grand étonnement l'utérus suivit flanqué des annexes. Le kyste était inséré sur le fond de l'organe.

M. Segond. M. Malherbe a publié, en 1890, un cas semblable provenant de mon service. Le dessin de la tumeur figure dans les *Bulletins de la Société anatomique*[1].

2° *Corps étranger de l'articulation du genou.*

M. Berger. Le corps étranger que je vous présente a été retiré par la taille articulaire du genou droit d'un homme âgé de 50 ans environ.

Vers l'âge de 15 ans, ce malade avait fait une chute sur le genou qui avait nécessité quelques jours de repos; depuis ce moment il n'a cessé de sentir dans cette articulation un certain degré de gêne et d'impotence. Trois ou quatre ans après, il s'aperçut de l'existence d'un noyau mobile et dur situé dans le cul-de-sac sous-tricipital de la synoviale : ce corps étranger aurait beaucoup augmenté de volume depuis trois ans, et dans ces derniers temps surtout, il serait devenu une cause réelle de gêne pour la marche, en s'interposant de temps en temps entre les surfaces articulaires et en déterminant les phénomènes d'arrêt brusque, d'impotence, de douleur subite, qui sont considérés comme caractéristiques de cette affection.

Au premier examen, j'ai trouvé les surfaces articulaires élargies;

[1] Malherbe, *Bulletin de la Société anatomique*, 1890, p. 444, séance du 24 octobre.

le genou présentait un certain degré de mobilité latérale. Il offrait les déformations et la crépitation de l'arthrite sèche. Il n'y avait que peu d'épanchement. On reconnaissait facilement, dans le cul-de-sac supérieur de la synoviale, un corps aplati, irrégulier, ayant presque le volume de la rotule, qu'on pouvait déplacer aisément de droite à gauche, soulever et peut-être même retourner en partie. Dans aucun mouvement il ne disparaissait et ne se cachait dans les parties profondes de l'articulation.

Cédant au désir du malade, j'ai extrait ce corps étranger ce matin même; après l'avoir fait maintenir par les doigts d'un aide au niveau du bord externe du cul-de-sac supérieur de la synoviale, j'ai largement incisé la peau, le vaste externe du triceps, enfin la synoviale. Ce n'a pas été sans peine qu'en glissant au-dessus de lui une spatule, j'ai pu le dégager, les aspérités dont il est recouvert s'engageant dans des dépressions de la cavité articulaire et s'opposant de la sorte à son extraction. Une assez grande quantité de liquide articulaire a fait issue aussitôt après par l'incision de la synoviale; celle-ci a été fermée par une suture perdue en surjet au catgut ; les muscles, l'aponévrose fémorale ont également été réunis par la suture ; je n'ai pas fait de drainage.

Le corps étranger est entièrement triangulaire ; il mesure environ six centimètres de long, quatre à cinq de large, deux d'épaisseur. Il présente une sorte de hile ou de dépression centrale où s'attachait probablement originairement son pédicule. Toute sa circonférence est recouverte de grosses nodosités cartilagineuses l'entourant en quelque sorte de circonvolutions : dans l'intervalle de ces bosselures, au niveau des points déprimés et des sillons qui les séparent, on voit encore une fine membrane transparente qui s'étend d'une bosselure à l'autre et qui n'est autre que la synoviale; malgré l'origine traumatique des accidents, il s'agit donc bien manifestement d'un corps organique développé primitivement dans le tissu sous-synovial et devenu libre par la rupture de son pédicule séreux.

M. Championnière. J'ai, chez un malade, retiré de chaque genou un corps tout à fait semblable comme volume et comme aspect extérieur à celui que nous présente M. Berger. Il est bien clair que des corps de ce genre ne peuvent en aucune façon être attribués à un traumatisme qui aurait détaché un coin des surfaces articulaires.

Comité secret.

La Société se réunit en comité secret pour entendre le rapport de la commission chargée d'examiner les titres des candidats aux

places vacantes de membre associé et de correspondants étrangers.

Elle entend ensuite les rapports de MM. Brun, Michaux, Picqué et Tuffier sur les travaux envoyés pour concourir aux prix Ricord, Gerdy, Duval et Laborie. Elle décide que le rapport de M. Tuffier sera inséré dans les *Bulletins*.

Rapport.

Sur les travaux adressés pour concourir au prix Laborie.

Rapport par M. TUFFIER.

« Messieurs, je viens, au nom d'une commission, composée de MM. Th. Anger, Richelot, Felizet, Jalaguier et Tuffier, rapporteur, vous rendre compte des mémoires qui nous ont été adressés pour l'obtention du prix Laborie.

« Deux travaux ont été remis. Le premier, ayant pour devise *Fac et spera*, a trait au *cathétérisme rétrograde de l'urètre*. C'est là, comme vous le savez, une question fort intéressante et qui, plusieurs fois, a été mise à notre ordre du jour. Grâce aux résultats de la chirurgie moderne, il est même certain que ce mode d'évacuation permanente de la vessie trouvera des indications plus fréquentes. L'auteur de ce long et consciencieux mémoire a fait scrupuleusement l'histoire de cette méthode opératoire. Dans un chapitre très documenté, il a rendu à chacun la part qui lui revenait dans la création, les perfectionnements et les résultats du cathétérisme rétrograde. Il montre bien que c'est à Verduin que revient le mérite de cette découverte, contrairement aux assertions de nombre d'auteurs qui ont oublié ou relégué au second plan cet ingénieux chirurgien. Ce chapitre est suivi d'une description méthodique du manuel opératoire, incision sus-pubienne, recherche du col, mise à demeure de la sonde, suture de la plaie vésicale, tout est minutieusement décrit et l'auteur y met une note originale en décrivant et en figurant une sonde de son invention. Enfin, un stock considérable d'observations anciennes et d'observations personnelles, avec trois faits inédits dus au Dr Chalot, de Toulouse, constituent l'ensemble du travail très complet qui vous est présenté. Peut-être le côté historique est-il un peu détaillé ; pour ma part, j'aurais préféré une note personnelle plus accentuée, des faits nouveaux, une discussion serrée sur la valeur de l'urétrectomie et l'incision hypogastrique en cas de rétrécissement infranchissable de l'urètre. Ce sont là des faits à l'ordre du jour et je suis convaincu que l'ablation du rétrécissement est préférable, dans ce cas, à la taille sus-pubienne. Elle a le double avantage de rétablir la perméabilité du canal et de supprimer l'obstacle.

« Le second mémoire a pour titre : *Des accidents encéphaliques consécutifs aux otites envisagées spécialement au point de vue de leur traitement*, et pour devise : *Brevis esse laboro obscurus fio.*

« A l'inverse du précédent, il est surtout en quête de faits nouveaux et il est très au courant de la littérature moderne, française et étrangère, et la bibliographie en est également très soignée. Ces complications encéphaliques des suppurations de l'oreille sont intéressantes au plus haut chef ; le diagnostic en est souvent difficile, mais la thérapeutique opératoire peut donner, de ce côté, les plus beaux et les plus durables succès. Je sais donc gré à l'auteur de ce travail d'avoir surtout étudié ces deux chapitres. Le tableau clinique des suppurations cérébrales, tel que l'a si bien présenté Al. Robin dans sa thèse, a été peu modifié, mais la marche et l'évolution des accidents avec leur paroxysme et leur période de rémission trompeuse sont bien exposés. L'auteur insiste sur ces fausses épilepsies jacksoniennes que l'étude détaillée des symptômes permet de reconnaître ; il étudie les formes cliniques diverses des suppurations, suivant qu'elles sont localisées ou diffuses ; il esquisse même un tableau clinique des abcès cérébelleux et si, malgré les efforts tentés de ce côté, nous croyons le diagnostic de cette localisation encore bien difficile, nous avons cependant observé l'exemple d'un jeune homme chez lequel une suppuration mastoïdienne suivie d'abcès cérébral trépané et guéri, se compliqua d'un abcès cérébelleux que nous avons pu diagnostiquer. Il présentait heureusement un de ces signes rares mais caractérisques des lésions cérébelleuses : les mouvements de manège ; mais ce sont là des faits exceptionnels. L'auteur de ce mémoire a cependant eu raison de colliger tous les faits et d'en extraire un tableau clinique de ces suppurations. Les résultats sont d'autant plus intéressants qu'ils sont étayés sur des faits bien observés.

« Le chapitre qui a trait à la thérapeutique est très soigné. Les procédés de trépanation sont tous étudiés et des figures jointes au texte en rendent la compréhension plus facile. Pour l'ouverture des abcès cérébraux, la voie préauriculaire, située trop en avant, la voie susauriculaire, les trépanations mastoïdienne et susmastoïdienne sont successivement discutées.

« C'est la voie mastoïdienne que l'auteur regarde comme la voie d'élection et il donne la préférence au procédé de Wheeler, et je partage sa manière de voir, d'autant plus qu'il est fréquent de rencontrer à ce niveau un abcès sous-dural qui donnait tous les signes d'un abcès cérébral et, pour ma part, j'ai rencontré trois faits de ce genre. La thérapeutique s'impose dans les cas de localisation par paralysie d'un des centres, mais le fait est rare ; il faut trépaner suivant les règles de la découverte de ce centre ; il est

beaucoup plus difficile de choisir le lieu de la trépanation dans les cas d'accidents diffus, c'est alors la très grande fréquence des abcès du lobe temporal en pareil cas qui doit faire chercher de ce côté.

« Cette thérapeutique des suppurations encéphaliques est intéressante, puisqu'elle donne 27 guérisons sur 53 opérés d'abcès cérébraux, mais 2 guérisons seulement sur 12 opérés d'abcès cérébelleux.

« Peut-être pourrait-on reprocher à ce travail d'être fait avec des matériaux uniquement d'emprunt, sans observations personnelles; les résultats donnés n'ont ainsi qu'une valeur relative, puisque les malades n'ont pas été suivis assez longtemps. Il est certain qu'un chapitre de bactériologie s'imposait dans cette question, et c'est le plus gros reproche que nous puissions faire à l'auteur de l'avoir négligé avec intention et même de parti pris. Le pronostic des suppurations craniennes tire certains de ces éléments de la nature même de la suppuration, et nous savons tous quelle gravité spéciale revêtent les infections streptococciques; pourquoi laisser de côté ces faits importants et ne pas rechercher dans l'otite même cette notion microbiologique. Ce reproche me paraît d'autant plus grave que je viens d'opérer ainsi un malade qui, à la suite d'une otite, eut trois abcès cérébraux à streptocoques, trois fois guéris par trépanation et qui finit par succomber à une méningite.

« Malgré cette omission, ce travail mérite d'attirer notre attention et nous vous proposons de donner à son auteur le prix Laborie, avec une somme de 1,000 francs, réservant au premier mémoire dont je vous ai parlé une mention avec une somme de 200 francs. »

La séance et levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,
PEYROT.

Séance du 10 janvier 1894.

Présidence de M. PERIER.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Lettres de MM. Delens et Championnière, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance;

3° Lettre de M. Slawjansky, membre associé, remerciant la Société des félicitations qu'elle lui a adressées à l'occasion du 25e anniversaire de ses fonctions médicales;

4° *Microzymas et microbes*, par M. Béchamp (de Montpellier). Extrait du *Bulletin de l'Académie*. Paris, 1883;

5° a. *Technique et suites de la résection de l'estomac;* b. *Contribution à l'étude de la nécrose phosphorée*. Deux brochures en allemand par M. Kocher (de Berne), membre correspondant étranger;

6° *Travaux divers provenant de la Faculté de médecine du Japon*. Brochure in-4° en allemand. Tokio, 1893;

7° La *blennorragie chez la femme*, par M. Verchère. Deux volumes, collect. Charcot-Debove. Paris, 1894.

Rapport.

Observations de chirurgie, par le Dr Chupin, médecin-major à l'hôpital militaire de Batna.

Rapport par M. Chauvel

I. — *Fracture du crâne par coup de feu avec enfoncement. Trépanation. Guérison.*

En présence d'un coup de feu récent de la voûte cranienne avec fracture et enfoncement limité de la paroi osseuse sans troubles de la sensibilité et de la motilité, sans fièvre, sans paralysie ni contracture, sans perte de connaissance, le chirurgien doit-il intervenir immédiatement? Doit-il, pour ouvrir le crâne, attendre l'apparition d'accidents? Telle est la question qui s'est posée devant le Dr Chupin le 28 septembre 1893.

Un homme de 42 ans, robuste, ayant reçu la veille, à bout portant, un coup de pistolet à la tête, fut amené à l'hôpital de Batna le 28 septembre au matin. Il présentait à la région occipitale, un peu à droite de la ligne médiane, une plaie de 4 centimètres, concave supérieurement et à bords peu réguliers. Sa connaissance était parfaite, il n'y avait ni contracture, ni paralysie. Cependant le doigt indiquait une dépression très limitée, profonde, à surface inegale. Balle aplatie ou os dénudé, il était indiqué d'y aller voir.

C'est à quoi notre collègue se décida le soir même après antisepsie soigneuse de la région. Agrandissant la plaie primitive jusqu'à lui donner 8 centimètres de longueur et abaissant de son milieu une petite incision verticale, il obtint par la dissection des lambeaux cutanés-périostiques, une large mise à nu de la lésion. Il ne trouva pas le projectile, mais une dépression de l'os, limitée, profonde, du centre de laquelle, dit-il, partaient de véritables rayons de fracture les plus nombreux se dirigeant en bas et à droite. Cette fracture de la table externe était-elle isolée? La lame vitrée avait-elle résisté au choc? Avec un enfoncement aussi limité, produit d'un coup, d'une percussion violente, la chose paraissait peu probable.

Le Dr Chupin, avec la gouge et le maillet, enlève la table externe enfoncée. Au-dessous il trouve une lame vitrée presque détachée, dont les éclats pèsent sur la dure-mère. Les fragments extraits avec précaution et les bords de la fracture égalisés, la dure-mère réprimée vient reprendre sa place. Mais un examen attentif montre qu'en bas et en dehors de l'ouverture osseuse il existe encore une dépression notable avec fort sillon de fracture au centre. La partie de la lame vitrée qui y correspond cède sous le doigt. Deux petites couronnes de trépan appliquées à ce niveau mettent à jour un épanchement sanguin assez considérable, aplati entre la dure-mère et l'occipital. Avec une pince on extrait le plus possible du sang coagulé, les lambeaux sont réappliqués, suturés, protégés par un pansement iodoformé ouaté. Au bout de trois semaines l'opéré sortait guéri, sa température n'ayant jamais même dépassé 37°,5.

Les indications de la trépanation vont se précisant de plus en plus chaque jour. Elles deviennent aussi plus nombreuses à mesure que pénètre dans l'esprit des chirurgiens cette donnée que le trépan n'est pas dangereux par lui-même mais par l'infection septique à laquelle il peut ouvrir un chemin. Quand notre vénéré maître, le professeur Sédillot de Strasbourg, vint vers 1873, devant l'Académie des sciences, tenter la réhabilitation de la trépanation précoce, hâtive, préventive, il ne s'appuyait pas seulement sur des vues théoriques touchant la gravité des fractures de la table vitrée. Les statistiques étrangères, sa pratique personnelle, lui avaient montré les dangers de l'expectation.

Le Dr Chupin, ancien élève de Strasbourg, se souvenait d'avoir vu Sédillot s'abstenir dans un cas tout semblable, à celui dont je viens de vous tracer l'histoire. Après quelques jours, des accidents avaient obligé le professeur de faire une trépanation, et l'on trouvait une fracture complète de la lame vitrée. Mais il était trop tard, le patient succomba malgré l'intervention. J'ai conservé de mon service à l'ambulance du grand séminaire de Versailles pendant l'insurrection de 1871, le souvenir d'un fait de même ordre. Je reçus, un soir de mai, un jeune soldat qui, de garde aux tran-

chées, avait été frappé à la tête par un éclat de projectile creux. Il existait sur le pariétal droit, à quelques centimètres de la ligne médiane, une plaie toute petite, irrégulière, au fond de laquelle le doigt sentait une dépression limitée, manifestement osseuse. La connaissance était complète, il n'existait aucun signe de compression, je ne me crus pas autorisé à intervenir.

Nous traversions alors une des plus épouvantables épidémies de pourriture d'hôpital et de septico-pyohémie qu'il m'ait été donné d'observer. Nos hôpitaux étaient encombrés et nos opérations malheureuses. Cependant ce n'était pas tant la crainte de l'infection que l'absence de tout accident actuel qui m'avait arrêté la main. Quelques jours plus tard, le pauvre garçon succombait à des complications méningées, et l'autopsie montrait, en même temps qu'une fracture avec enfoncement de la table vitrée, le séjour dans le foyer fracturaisé d'un fragment d'obus de la grosseur d'un pois, irrégulier, à arêtes tranchantes, mais dont l'ablation n'eût entraîné aucune difficulté insurmontable.

Aujourd'hui, je ne me conduirais plus de la sorte, et, comme le Dr Chupin, je n'hésiterais pas à intervenir immédiatement. Les enfoncements limités du crâne, avec ou sans séjour probable d'un corps étranger, réclament une exploration attentive et le relèvement des fragments, même en l'absence de tout accident de compression. Pour y arriver, la gouge, la pince coupante, le trépan doivent être employés, s'il y a lieu. Il faut examiner avec soin la dure-mère, le cerveau, se rendre compte des désordres et y porter remède. L'antisepsie la plus rigoureuse est nécessairement obligée.

II. — *Ablation au bistouri d'une tumeur du biceps. Examen histologique.*

Chez un jeune soldat, porteur de cicatrices scrofuleuses, entré à l'hôpital pour une fistule de l'épaule droite consécutive à l'ouverture d'un abcès froid, le Dr Chupin voit se développer, dans le bras du même côté, une tumeur dure, légèrement douloureuse, faisant corps avec le muscle biceps. Une ponction exploratrice, pratiquée en mai 1893, est négative.

En juin, le centre de la grosseur paraissant se ramollir, on incise. Il sort un peu de liquide clair, jaune, puis l'on tombe sur un foyer ramolli, caséeux, foyer trop considérable, dit notre confrère, pour être cureté et nettoyé sans anesthésie. Le lendemain, sous le chloroforme, l'incision est agrandie ; mais, après enlèvement de quelques débris caséeux, il devient visible que la coque épaisse, dure, adhérente, qui les enveloppe, ne peut être enlevée sans le bistouri. M. Chupin la dissèque; il poursuit un pédicule qui remontait en haut sous le grand pectoral,

aussi loin que possible, et, l'isolement complété, il constate, par l'excavation irrégulière creusée dans le biceps, que la production occupait bien le tissu musculaire même. Elle mesure 7 centimètres de long sur 3 de large et 2 d'épaisseur.

La loge est curetée à fond, ses parois touchées avec une solution de chlorure de zinc à 1/10e ; suture sans drainage, réunion immédiate.

D'après les caractères de la tumeur, la constitution du sujet, l'existence de manifestations tuberculeuses antérieures, notre collègue estime qu'il s'agissait d'un dépôt tuberculeux, d'une sorte de gomme en partie ramollie. Telle est aussi l'opinion de M. le professeur Vaillard, du Val-de-Grâce, d'après l'examen des coupes de la production morbide. Il avoue cependant que sa conviction n'est pas complète, car il n'a pas trouvé de bacilles de Koch, et le séjour de la pièce dans l'alcool ne lui a pas permis de recourir à des inoculations d'épreuve.

Il reste donc un léger doute sur la nature précise de la grosseur. Peut-être son siège dans le tissu musculaire n'y implique-t-il pas son origine première. M. Chupin nous dit, en effet, que par un pédicule qu'il a dû poursuivre et sectionner, elle se prolongeait en haut jusque sous le grand pectoral. Ce pédicule remontait-il plus haut encore ? N'était-ce pas un canal actuellement fermé qui jadis avait donné passage à du pus, et le point de départ de l'affection n'était-il pas dans un des os de la paroi thoracique ? Autant de questions qu'il ne nous est pas possible de résoudre, mais qu'il ne nous paraît pas moins légitime de soulever.

On ne peut qu'être frappé, à la lecture de l'observation, de la ressemblance de ce dépôt dans le biceps brachial avec les résidus des abcès vertébraux par congestion, tels qu'on les rencontre parfois dans le psoas et jusque dans les muscles de la cuisse. Ce n'est pas que la gomme tuberculeuse primitivement musculaire soit absolument exceptionnelle, mais elle est évidemment bien rare comparée aux tubercules des os.

Un autre point, dans le fait intéressant de M. Chupin, mérite d'être relevé, car nous ne saurions lui donner notre approbation, quelque regret que nous en ayons. Pourquoi cette ponction exploratrice, puisque la tumeur était dure, non fluctuante ? Pourquoi cette incision, exploratrice elle aussi, qui n'aboutit qu'à une intervention incomplète ? C'est, en somme, trois opérations successives, et notre excellent camarade a dû, tout le premier, regretter de les avoir imposées à son malade, alors qu'une seule suffisait pour le guérir.

III. — *Boutonnière périnéale pratiquée à la suite de la perte complète de la verge.*

Cette observation, si l'on accepte la terminologie chirurgicale actuellement en honneur, serait justement intitulée : *Urétrostomie*

périnéale. Il ne s'agit pas, en effet, ici d'une de ces ouvertures temporaires de l'urètre destinées à donner un passage à l'urine pendant que se rétablissent les condictions normales de la miction, mais bien d'un orifice permanent, d'un méat nouveau à fonctionnement constant.

Un homme de 35 ans, paludique et syphilitique en même temps, avait été atteint jadis, à la suite d'accidents que le Dr Chupin n'est pas arrivé à préciser, d'une gangrène totale de la verge. Une large plaie anfractueuse occupe la place de la racine du pénis, empiétant sur l'attache des bourses. De son milieu émergent les vestiges des corps caverneux et sourd l'urine par un pertuis que la sensibilité exquise des parties et la pusillanimité du patient ne permettent pas de rechercher.

Notre collègue avait d'abord songé à séparer largement les deux testicules et à suturer ensuite l'urètre ouvert et fendu aux deux lèvres du scrotum ; mais la crainte de voir la peau délicate rapidement excoriée par le passage de l'urine, le fit renoncer à ce projet et s'arrêter à la pratique d'une ouverture placée au périnée. L'opération, faite le 12 juillet 1893, ne présenta pas de difficultés spéciales. Une sonde en gomme du n° 20 put être introduite dans la vessie et solidement fixée. Ayant été bien supportée, elle fut renouvelée le quinzième jour et définitivement enlevée le vingt-huitième. Quelques jours plus tard, le malade quittait le service de notre collègue parfaitement guéri.

Peut-être doit-on se demander si cette ouverture périnéale n'aura pas une fâcheuse tendance à se rétrécir.

Je vous propose, messieurs, d'adresser des félicitations à M. Chupin et de déposer ses observations dans nos archives.

Discussion.

M. Gérard-Marchant. J'approuve les conclusions de M. Chauvel relatives à la conduite qu'il faut tenir dans le cas de plaie pénétrante du crâne, par balle de revolver.

Le 2 mars 1893, j'étais appelé en hâte par le Dr Baudier, auprès d'un jeune homme de 20 ans, qui s'était tiré un coup de revolver (balle de 12 millimètres) dans la région frontale gauche. L'orifice d'entrée siégeait à trois centimètres au-dessus du sourcil gauche et sur une verticale qui, prolongée, coupait le sourcil en son milieu. Cet orifice à lèvres entr'ouvertes, noirâtres, laissait échapper une certaine quantité de sang foncé en couleur. La palpation ne révélait la présence de la balle en aucun point, au-dessous de la peau.

Après avoir pris toutes les précautions antiseptiques nécessaires, j'explorai le trajet de la plaie avec une sonde cannelée recourbée ; elle pénétrait par un trajet oblique de droite à gauche, sous la peau, puis toujours dans la même direction butait contre l'os, puis s'engageait dans une trouée osseuse et y demeurait fixée.

Paris. — Imp. Paul Dupont, 4, rue du Bouloi (Cl.) 41.2.94. *Le gérant : G. Masson*

Le diagnostic de plaie pénétrante était porté, et malgré l'absence complète de troubles locaux ou généraux (pas de douleur, pas de perte de connaissance, pas de fièvre, pas de troubles paralytiques), je conseillais formellement la *trépanation*.

Cette opération fut pratiquée moins de vingt-quatre heures après la tentative de suicide, avec l'aide de mes internes MM. Gallet-Duplessis, Collet, Blanc et en présence de mon confrère le Dr Baudier.

Chloroformisation. Précautions antiseptiques habituelles. Incision transversale de 8 centimètres dont le milieu répond à l'orifice d'entrée de la balle. Décollement à la rugine du surtout fibreux frontal. Ablation d'une rondelle de tissu osseux (pièce de 40 sous), dont le centre correspond à la trouée osseuse. Cette rondelle, que j'ai conservée, est remarquable par ce fait, que la table interne a été soulevée par la balle et que des *éclats libres*, étaient en contact avec une perforation de la dure-mère.

Sous cette rondelle osseuse, entre les esquilles, je trouvai un des fragments de la balle irrégulier et aplati.

La dure-mère étant déchirée au-dessous de l'os, j'agrandis avec des ciseaux la perforation de la méninge, et je tombai dans un foyer formé de sang et de bouillie cérébrale qui renfermait la seconde partie de la balle [1].

Après avoir exprimé très soigneusement le contenu de ce foyer, avec une éponge aseptique, m'être assuré qu'il ne renfermait plus de corps étranger, je régularisai les lèvres de la déchirure de la dure-mère, et en fis la suture avec de la soie fine, ne laissant qu'un orifice pour le passage d'un tout petit drain, affleurant au foyer cérébral.

Affrontement aussi régulier que possible de la peau du front (sauf au niveau de la sortie du drain) avec de la soie.

Pansement à la gaze iodoformée.

Lait. Purgation légère tous les trois jours. Calme absolu.

Les suites opératoires ont été des plus simples. La température n'a jamais dépassé 37°. Le drain a été retiré au neuvième jour, en même temps que les fils.

Le blessé, que j'ai revu souvent, a repris toutes ses occupations et il regretterait, me disait-il, sa tentative de suicide, si elle n'avait modifié son caractère, qui de violent est devenu très calme.

Je suis donc partisan, dans ces cas, de l'intervention, c'est-à-dire de la trépanation, dès que le diagnostic de plaie pénétrante du crâne est porté. Je pratique cette opération en dehors de toute espèce d'accident local ou général, et je suis autorisé à penser que c'est en raison de cette conduite que mon blessé a échappé aux accidents d'infection qui le menaçaient.

Mais je me hâte d'ajouter que le crâne ouvert, la boutonnière

[1] Les débris de la balle pesés immédiatement après l'opération équivalaient au poids d'une balle intacte.

dure-mérienne agrandie, il ne faut pas se livrer, lorsqu'on ne trouve pas IMMÉDIATEMENT et FACILEMENT le corps du délit, à des recherches qui désorganisent la substance cérébrale. J'ai vu fouiller la substance cérébrale, j'ai mis le doigt, comme aide, jusque dans les ventricules cérébraux, à la poursuite d'une balle qui ne fut pas retrouvée. De pareilles investigations doivent être proscrites.

En résumé, je pense que dans les cas de plaie pénétrante de la voûte et des parties latérales du crâne par balle de revolver, il faut pratiquer la trépanation le plus tôt possible, sans attendre les symptômes locaux ou généraux qui commandent alors cette intervention.

La brèche osseuse agrandie, la dure-mère fendue, il faut rechercher la balle, en produisant le minimum de dégâts, en sachant borner ses recherches, si le corps du délit n'est pas *immédiatement* et *facilement* accessible.

Suite de la discussion sur le prolapsus utérin.

M. SCHWARTZ. Nous n'avons pas de l'hystérectomie totale vaginale une grande expérience au point de vue de la cure du prolapsus utérin complet.

Presque tous les cas de prolapsus de cette nature étant survenus chez des femmes non encore à l'âge de la ménopause, nous n'avons pas cru devoir leur pratiquer la castration utérine et nous y avons remédié par des opérations anaplastiques sur la vulve et le vagin combinées avec des amputations partielles de l'organe, dans trois cas par le cloisonnement transversal et la colpopérinéorraphie postérieure, dans un cas, par l'hystéropexie abdominale, combinée encore à un cloisonnement vaginal. Nous n'avons eu l'occasion de pratiquer l'hystérectomie totale que tout récemment, il y a trois mois à peine, sur une malade à laquelle on avait pratiqué, pour un prolapsus complet, une large colpopérinéorrhaphie six mois auparavant.

La chute avait récidivé très rapidement et trois mois après l'utérus était de nouveau hors de la vulve.

Les examens très minutieux ayant montré que l'utérus était considérablement augmenté de volume, il avait 15 centimètres de cavité utérine et la femme, ayant 53 ans, quoiqu'elle fut encore réglée, l'hystérectomie vaginale parut comme la seule ressource à appliquer en pareil cas.

Nous n'en parlerons pas au point de vue du résultat définitif, mais comme l'opération a été difficile et accompagnée d'une hémor-

ragie assez considérable, il nous a paru intéressant de vous la relater, alors qu'on s'attend en général à une intervention facile et sans aucune complication opératoire. Nous fûmes frappé, l'utérus étant bien fixé par les pinces à traction et la muqueuse vaginale incisée circulairement de l'hémorragie profuse, malgré le pincement rapide des deux artères utérines qui étaient aussi grosses que des humérales.

De plus, l'utérus qui était bourré de corps fibreux au niveau de son fond et présentait un allongement du col d'au moins 7 à 8 centimètres au-dessus des insertions du vagin, était adhérent par sa face antérieure à la vessie ; son tissu absolument dégénéré et nullement résistant se déchira et ce fut avec une certaine difficulté que nous pûmes retrouver la limite entre la matrice d'un côté et le réservoir de l'urine de l'autre.

Pendant toute l'opération, le décollement, après section médiane et morcellement donna lieu à une hémorragie relativement considérable qui nous obligea à placer 19 pinces dont 15 furent remplacées, une fois l'extirpation terminée, par des ligatures à la soie. Quatre pinces seulement furent laissées à demeure et remontées très haut dans le vagin.

Pour empêcher la reproduction du prolapsus vésical et rectal, nous avons pensé bien faire en tamponnant avec de la gaze iodoformée le vagin plus longtemps qu'habituellement de façon à maintenir ses parois appliquées contre le canal pelvien. De plus, notre opérée est restée couchée à peu près quatre semaines entières. Nous pensons, dans le cas actuel, nous trouver dans de bonnes conditions, eu égard à la reproduction du prolapsus, car le facteur essentiel du retournement du vagin était à coup sûr l'hypertrophie susvaginale du col et les corps fibreux multiples dont avait été bourré le fond de la matrice.

Cela n'empêche que nous ne trouvions le procédé de notre collègue Quénu très ingénieux et que nous ne soyions tout disposé à la mettre en pratique, s'il nous est démontré que le placement des pinces, le tamponnement prolongé et le repos ne suffisent pas pour amener une soudure solide entre la partie supérieure du vagin et les parties périphériques.

M. Routier. Quand j'ai demandé la parole à propos de la communication de M. Quénu, j'avais simplement l'intention de vous dire que dans deux cas j'avais été conduit à pratiquer l'hystérectomie vaginale dans le but de remédier à une chute de l'utérus ; mais il me semble aujourd'hui que, comme mes collègues, je dois vous dire en outre ce que je crois être la meilleure opération pour guérir cette infirmité.

Voici d'abord comment je fus amené à pratiquer l'hystérectomie :

Il s'agissait d'une jeune femme de 24 ans, infirmière à Laënnec, qui, à l'âge de 18 ans, à la suite d'une chute, avait senti un craquement se produire dans le ventre et qui bientôt eut l'utérus à la vulve. En 1881, on lui appliqua un pessaire à l'hôpital Saint-Antoine, il fut mal toléré.

Après deux grossesses suivies d'accouchement à terme, la chute de l'utérus était complète, et, ce qui la gênait encore plus, c'était une cystocèle suivie de besoins très fréquents d'uriner.

En 1887, un de nos collègues, qui a pris part à cette discussion, lui fit un Alquié-Alexander; puis, quelques mois après, une élytrorraphie antérieure, le tout sans succès.

En 1888, quand je la vis pour la première fois, l'utérus était dehors, et la cystocèle énorme; comme elle avait déjà été opérée, je voulus revenir aux pessaires, mais en vain.

Le 24 juillet 1888, je lui fis l'opération de Le Fort, mais une partie des sutures, la partie la plus antérieure se désunit, et bientôt l'utérus redescendit à côté de la bride vaginale que j'avais créée.

En septembre, les choses étaient au même point, j'essayai d'une colporraphie, rien n'y fit, et c'est en désespoir de cause que je me résolus à faire l'hystérectomie, vers la fin d'octobre 1888.

La cystocèle ne fut pas absolument supprimée de ce fait, mais au moins très diminuée, et en tous cas la malade n'avait plus les inconvénients qui l'avaient si longtemps obligée à se soumettre à des opérations.

A la même époque et précisément parce que je venais d'avoir un résultat à peu près satisfaisant, j'opérai par ce même procédé une vieille femme de 52 ans, qui en outre souffrait des ovaires; ceux-ci, comme je le pensais et comme l'a montré l'opération, n'étaient pas très malades. Le résultat immédiat fut bon; je n'ai pas pu la retrouver pour savoir ce qu'elle est devenue.

Mais je dois dire que depuis cette époque, bien qu'ayant eu à soigner nombre de chutes de l'utérus, je n'ai plus employé ce moyen, et cependant l'hystérectomie vaginale est une opération que j'ai très souvent pratiquée depuis et qui m'est devenue très familière.

Je crois que dans les chutes de l'utérus, elle est très facile à faire, et si, comme l'a dit ici notre collègue et ami, M. Championnière, il faut toujours craindre l'hémorragie, ce que je crois avec lui, j'estime que cette hémorragie se fait surtout par les tranches vaginales très épaissies et dont les veines restent dans ces tissus cutanés béants comme des artères.

Mais je dois le dire, ce n'est pas là ce qui m'a fait renoncer à l'hystérectomie vaginale contre le prolapsus, c'est je crois parce

que j'ai suffisamment perfectionné ma pratique de la colporraphie pour m'en contenter.

J'ai pratiqué la colporraphie antérieure et postérieure, toujours combinées à la périnéorraphie dans une vingtaine de cas environ.

Je ne parlerai pas de quatre cas trop récents, datant de 1893, août, octobre et septembre qui vont bien. Cependant je ne puis résister au plaisir de vous dire qu'une de ces malades a été sauvée par moi de l'hystérectomie vaginale qu'on voulait lui faire subir et qui l'effraya; elle avait subi un an avant, de ce même chirurgien, une périnéorraphie qui n'avait sans doute pas réussi, car lorsque je la vis, le périnée n'était rien moins que complet et l'utérus sortait hors de la vulve.

C'est en octobre que je lui ai fait la colporraphie antérieure et postérieure, avec périnéorraphie : l'utérus ne tombe plus et elle n'a plus de douleurs.

Je n'ai pas revu toutes mes malades opérées ainsi, mais je puis dire que plusieurs d'entre elles, revenues ces derniers temps sont en bon état; hier encore j'en revoyais deux, datant de 1889, qui ne souffrent plus, dont l'utérus est resté dans le bassin, et à 10 centimètres de la vulve, alors que la matrice sortait quand je les ai opérées. Une autre a la fourchette très fermée, et en arrière on devine la cystocèle et la rectocèle, mais rien ne sort de la vulve et le col de l'utérus est très haut.

Je crois donc pouvoir conclure en disant que contre la chute de l'utérus, contre le cystocèle et la rectocèle, la colporraphie antérieure et postérieure combinées avec la périnéorraphie peuvent donner d'excellents résultats.

M. Paul Reclus. J'ai pratiqué trois fois l'hystérectomie vaginale pour guérir le prolapsus total de l'utérus et, si j'en crois l'intéressant rapport de M. Quénu, deux de mes interventions seraient parmi les toutes premières faites en France : l'une est du 17 mars 1892 et l'autre du 3 avril de la même année; quant à la troisième, plus récente, elle est du 2 mars 1893.

Je serai bref sur le premier de mes cas : il s'agit d'une septuagénaire, affaiblie et cachectique, entrée à Broussais pour une chute de l'utérus; déjà, la surface de l'organe était ulcérée et donnait issue à une certaine quantité de pus et de sang; la marche et même la simple station verticale étaient devenues fort difficiles; il y avait des troubles de la miction et une opération était indispensable. Comme je voulais réduire l'intervention au minimum, je pratiquai, sous l'analgésie cocaïnique, l'ablation de la matrice. Il ne survint, ni avant ni après l'acte opératoire, aucun accident ou même aucun incident. Je plaçai, sur les pédicules utéro-ovariens,

des pinces à forcipressure que j'enlevais au troisième jour; au quinzième, l'opérée paraissait guérie. Mais elle voulut nous quitter trop tôt; elle prit froid et mourut d'une affection cardio-pulmonaire dont elle était atteinte depuis longtemps.

Ce cas n'est d'aucun enseignement sur la valeur thérapeutique de l'hystérectomie vaginale dans le prolapsus utérin; il n'en est pas de même pour le suivant qui me paraît intéressant à plusieurs points de vue. Une blanchisseuse de 59 ans entre à Broussais pour une chute de la matrice; elle n'a eu cependant ni couches, ni fausses couches; les règles ont cessé à 51 ans et c'est à 58 qu'elle a vu son utérus sortir peu à peu de la vulve; elle souffre en même temps de cystite et de constipation; aussi va-t-elle dans un hôpital où un de nos maîtres lui pratique une première opération le 15 janvier 1892, mais sans résultat appréciable, puisque le 15 février le même chirurgien revenait à la charge et pratiquait une colpopérinéorraphie, si j'en crois les détails obscurs donnés par la malade. Mais le succès en fut nul, puisque le 15 mars elle entrait à Broussais avec un utérus en chute complète. Aussi je me décidai à pratiquer l'ablation de la matrice.

Ici encore l'opération fut des plus simples : il me fut facile, à l'aide d'une injection de cocaïne, traçante circonférentielle, d'inciser les insertions vaginales, puis de détacher la vessie et d'ouvrir le cul-de-sac postérieur; je mis une pince sur chacun des pédicules que je coupai et l'utérus tomba dans mes mains; le lendemain j'enlevai les pinces et au bout de peu de jours la malade sortit guérie; guérie en apparence, car deux semaines ne s'étaient pas écoulées qu'elle rentrait encore avec un moignon vaginal hors de la vulve et une cystocèle et une rectocèle des plus accentuées. Nous pratiquâmes alors, et toujours à la cocaïne, une colpopérinéorraphie antérieure et postérieure. Cette fois-ci, le succès fut remarquable; nous venons de revoir notre opérée, plus de vingt et un mois après notre intervention : le vagin, la vessie et le rectum sont à leur place; le périnée est solide et fort; c'est un superbe résultat.

Ma troisième opération a trait à une femme de 52 ans chez qui le prolapsus utérin datait de plusieurs années; il était complet et rendait insupportable la vie de la malade. Nous l'opérons à la cocaïne le 2 mars 1893, mais l'intervention ne fut pas aussi simple que dans les deux autres cas : ici le vagin, au niveau de ses insertions utérines, était épaissi, très vascularisé et comme transformé en un véritable tissu caverneux. L'incision circonférentielle donna une grande quantité de sang et de nombreuses pinces durent être placées sur la tranche de section pour tarir l'hémorragie. Néanmoins l'opération se termina pour le mieux; les suites en furent

simples et en quinze jours la guérison paraissait obtenue ; je dis « paraissait », car, dès que la malade se fut levée, dès les premiers jours et sous nos yeux une tumeur nouvelle apparut à la vulve et nécessita une colpopérinéorraphie complémentaire. Plus de huit mois nous séparent de cette dernière intervention, qui a pleinement réussi : la réduction est complète et le périnée est solide.

Que conclure de ces trois observations ? Il me semble en ressortir tout d'abord l'extrême simplicité et l'innocuité complète de l'hystérectomie vaginale dans le prolapsus utérin ; rien n'est plus facile que l'intervention et plus rapide que la guérison. Je sais bien que, une fois, des vaisseaux volumineux ont été ouverts en désinsérant le vagin hypertrophié, mais une telle hémorragie hors de la vulve, sous l'œil et sous la main de l'opérateur, peut être arrêtée sûrement. Aussi, tout en tenant compte de cette observation et des faits dont nous parlent M. Championnière, M. Schwartz et M. Routier, je m'imagine qu'il n'y a pas là de quoi s'inquiéter, car rien n'est plus aisé que de multiplier à loisir les ligatures et que de placer les pinces qui tariront l'écoulement. En vérité, cette intervention me paraît une des plus simples de la chirurgie, et c'est pour cela que j'eus recours à elle chez la vieille femme, cardiaque et cachectique, de ma première observation.

Voilà pour le succès opératoire, mais le succès thérapeutique a été peu brillant, nous l'avons déjà dit, et dans les deux cas où un examen ultérieur m'a permis d'assister aux suites de l'hystérectomie vaginale, j'ai vu la récidive survenir ; dès le premier mois, le vagin, la vessie et le rectum pendaient de nouveau à la vulve. Il est vrai, me dira sans doute M. Quénu, que j'avais étreint les pédicules utéro-ovariens par des pinces à forcipressure et que je n'ai pas essayé de créer la sangle rétractile réalisée par le procédé ingénieux de notre collègue. Nous nous réservons d'y recourir dans la suite : si nous avons mis, dans nos trois cas, des pinces à demeure, c'est par habitude et par une sorte d'instinct simpliste qui nous pousse à unifier nos opérations, car, dans les cas de prolapsus utérin, il est aussi facile de lier le pédicule qu'il est malaisé de le faire dans les hystérectomies pour suppuration pelvienne.

Donc le mode de ligature et de suture imaginé par M. Quénu n'est pas une complication opératoire et doit être substitué aux pinces à demeure que, pour ma part, j'ai toujours appliquées. Aussi je me propose, le cas échéant, de recourir au procédé de notre collègue, mais sans grand espoir, je l'avoue, et je partage un peu le scepticisme qu'ont marqué, à cet endroit, mes collègues Paul Segond et Richelot. La récidive, dans nos cas, a été si rapide et si brutale, la chute des organes pelviens a été si complète, que, pour s'y opposer, il faut un obstacle plus puissant que le mince

plancher ou mieux le plafond formé par la muqueuse vaginale, la séreuse et les vaisseaux du pédicule, et où l'on espère suspendre le vagin, la vessie et le rectum.

Aussi je pense que, du moins dans la majorité des cas, l'hystérectomie vaginale ne doit et ne peut être qu'une opération préliminaire et la colpopérinéorraphie la complétera le plus souvent. C'est ainsi que nous en avons agi dans nos cas et sous le coup de la nécessité la plus absolue. Mais une question se pose alors, et l'on peut se demander si l'hystérectomie préliminaire est toujours indispensable et si la colpopérinéorraphie complémentaire ne pourrait pas suffire. Je répondrai volontiers par l'affirmative, du moins si j'en crois mes trois observations. En effet, la matrice était exceptionnellement petite; elle faisait encore quelque figure avant l'opération à cause de la chute concomitante de la vessie et du rectum dans nos deux premiers cas, et, dans notre troisième, grâce au vagin hypertrophié et très vasculaire, mais lorsque nous avons eu la matrice dans la main, son petit volume, sa véritable atrophie nous a frappé et nous affirmons qu'elle devait peser d'un très petit poids dans la chute des organes pelviens.

De telle sorte que nous en arrivons à considérer la colpopérinéorraphie complémentaire comme la partie essentielle, et l'hystérectomie vaginale préliminaire ne nous semble indiquée que dans des cas relativement rares, même chez les femmes qui ont atteint la ménopause et chez lesquelles l'utérus est « un meuble inutile ». Il nous a fallu des raisons spéciales pour y recourir dans nos trois cas; dans le premier l'utérus était ulcéré et nous aurions craint de réduire, au-dessus de nos avivements et de nos sutures vaginales, cet organe à surface suppurante; l'infection du champ opératoire eût été possible; aussi nous sembla-t-il plus simple et plus sûr d'extirper la matrice. Dans notre deuxième cas, deux interventions avaient été tentées dont l'une semblait être une colpopérinéorraphie qui avait échoué ; l'hystérectomie préliminaire pouvait nous donner une chance de plus de succès. Enfin, dans le troisième, l'hypertrophie vaginale nous avait trompé sur le volume de l'utérus que nous croyions gros et lourd, et nous l'avons enlevé.

En définitive, voici, d'après nous, les cas où l'hystérectomie vaginale nous semble indiquée : on la pratiquera, quel que soit l'âge de la malade, lorsque l'utérus prolabé est le siège d'une néoplasie cancéreuse ou fibro-myomateuse; ou bien encore lorsque les annexes ont subi des altérations évidentes qui nécessitent leur extirpation. Ici tout le monde est d'accord; mais, en vérité, s'agit-il bien d'une chute de la matrice et l'extirpation n'est-elle pas plutôt commandée par la dégénérescence des organes que par leur

déplacement ? C'était bien ainsi que l'entendaient Langenbeck, Gebhart et tous les précurseurs dont nous parlait M. Quénu dans son intéressant rapport. C'est le cancer, c'est la gangrène, c'est la dégénérescence des annexes que l'on combat et non le prolapsus utérin. Nous pouvons donc, dans cette discussion, faire abstraction complète de ces cas.

Hors ces faits, exceptionnels d'ailleurs, l'hystérectomie vaginale n'est plus admise que si les malades ont pour le moins atteint l'âge de la ménopause. Tous nous avons justement proclamé cette nécessité et, pour ma part, j'y ai obéi dans mes cas, puisque mes opérées avaient 52, 59 et 73 ans. Encore pensons-nous que, même à ces âges, l'hystérectomie est le plus souvent inutile et que les colporraphies et les périnéorraphies complémentaires constituent le facteur suffisant de l'intervention. Que voyons-nous dans les cas de M. Quénu ? Il pratique cinq hystérectomies vaginales; quatre fois il y ajoute la colporraphie ou la périnéorraphie qui peut-être, à elles seules, eussent assuré le succès. Une seule fois l'hystérectomie vaginale constitua la seule opération et justement, dans ce cas, on observa une saillie de la paroi antérieure du vagin, « très légère » il est vrai, mais enfin on l'observa.

Aussi disons-nous, et ce sera le résumé de ces quelques remarques, que l'hystérectomie vaginale est une opération exceptionnelle. Elle n'est permise qu'après la ménopause et, même à ce moment, elle vaut surtout par la colpopérinéorraphie qui la complète. Cette colpopérinéorraphie, pourvu qu'elle soit large, taillée en plein drap, suffira le plus souvent à guérir le prolapsus, et en définitive l'hystérectomie vaginale préliminaire ne nous paraît utile que dans les cas exceptionnels où la chute de la matrice est provoquée ou aggravée par une hypertrophie de l'organe. Hors cette indication qui nous semble rationnelle et à laquelle je suis tout disposé à obéir, je crois que l'hystérectomie vaginale n'est pas, en l'état actuel des choses, une opération de bien grand avenir dans le traitement du prolapsus utérin.

Présentation de malades.

1° *Hystérectomie pour prolapsus utérin total,*

Par M. Pozzi.

L'hystérectomie faite il y a vingt-cinq jours, a été associée à la périnnéorraphie avec large colporraphie. Le résultat actuel est des plus satisfaisants, et par le toucher, on sent au fond du vagin une cicatrice ombiliquée résistante et haut située. M. Pozzi

possède à son actif six autres succès semblables sur lesquels il reviendra à propos de la discussion soulevée par M. Quénu.

2° *Hypertrophie ganglionnaire du cou datant de neuf ans. Ablation*, Par M. Delorme.

La masse ganglionnaire occupait la région carotido-parotidienne gauche. Elle était formée par des ganglions gros comme des œufs de pigeon et remplis par une sorte de mastic jaunâtre criant sous le scalpel.

Dans un cas de ce genre, les injections interstitielles n'auraient certainement donné aucun résultat. L'énucléation des ganglions malades a nécessité la dénudation large des gros vaisseaux du cou. Mais elle s'est effectuée sans incident et la guérison peut être, à cette heure, considérée comme parfaite.

M. Quénu est très partisan des interventions de cette nature, mais il fait des réserves sur la qualité de leur pronostic d'avenir, réserves qui tiennent à l'impossibilité habituelle d'enlever la totalité des ganglions malades. A l'appui de cette manière de voir, il cite l'observation d'un enfant qu'il avait guéri d'une adénite cervicale par l'énucléation de trente-deux ganglions et chez lequel lè mal a récidivé au bout d'un an.

M. Delorme présente un autre malade atteint d'une *luxation incomplète de la dernière phalange du gros orteil* en dedans.

Présentation d'instrument.

M. Bazy présente un *nouveau cystoscope* du Dr Boisseau du Rocher.

« L'année dernière je vous ai présenté un premier modèle de cystoscope à fenêtre optique terminale. Grâce à un système de lentilles, on pouvait voir d'un seul coup la presque totalité de la vessie. Seules les régions avoisinant le col échappaient à l'action de l'instrument. En faisant une fenêtre latérale et en changeant seulement la partie optique, on peut maintenant voir ces régions avoisinant le col et aucune partie de la vessie ne peut échapper.

« L'instrument est devenu ainsi tout à fait complet.

« Je n'insiste pas sur les autres conditions qui le rendaient et le rendent supérieur aux instruments similaires construits à l'étranger. »

Présentation de pièces.

1° *Grossesse extra-utérine tubaire*,

Par M. Pozzi.

Au point de vue clinique, on doit remarquer que la malade n'avait jamais cessé d'être réglée et n'avait présenté ni métrorragie ni expulsion de caduque.

Le seul symptôme était une douleur très vive et persistante qui l'avait forcée à s'aliter. Au point de vue anatomique, la pièce est curieuse par la présence d'un petit embryon long de 21 millimètres, parfaitement intact. Le sac était plein de sérosité sanguinolente et les parois du sac, très épaisses et mamelonnées, étaient infiltrées de sang; il y avait eu apoplexie des cotylédons.

2° *Utérus prolabé*,

Par M. Hartmann.

L'utérus a été enlevé avec le fond du vagin chez une malade atteinte de prolapsus, par le procédé de Fritsch, procédé qui n'a rien de commun avec ceux dont il a été parlé depuis le rapport de M. Quénu.

Élections.

Au cours de la séance, il a été procédé à l'élection d'un membre associé étranger, de correspondants étrangers et de correspondants nationaux.

Élection pour la nomination à une place de membre associé étranger.

A été élu : M. Mayor (de Genève).

Élection pour la nomination à quatre places de membres correspondants étrangers.

Ont été élus :

MM. Czerny (Heildelberg)............ 22 voix
Demosthen (Bucarest)........... 22 —
Keen (Philadelphie)............ 22 —
Thornton (Londres)............ 22 —

Élection pour la nomination à quatre places de membres correspondants nationaux.

Ont été élus :

MM. Choux (Armée)................	24 voix
Ménard (Berck-sur-mer).........	17 —
Hue (François) (Rouen)..........	17 —
Lecerf (Valenciennes)...........	15 —

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,
PEYROT.

Séance du 24 janvier 1894.

Présidence de MM. PÉRIER et CHAMPIONNIÈRE.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la quinzaine ;

2° *Fracture complète du sternum de cause directe avec chevauchement du fragment inférieur*, par M. POULAIN (de la Ferté-Macé) (M. Michaux, rapporteur) ;

3° *Prolapsus complet de l'utérus avec éventration vaginale ; opération ; guérison*, par M. MANDILLON (de Bordeaux) ;

4° *Deux cas de cure radicale pour hernies très volumineuses*, par MM. BRAULT et REY (d'Alger) (M. Tuffier, rapporteur) ;

5° *Deux observations :* a. *Abcès froids osseux typhoïdiques ;* b. *Un cas de tuberculome lingual, abcès froid tuberculeux de la langue*, par M. J. DARDIGNAC, médecin major (M. Bazy, rapporteur) ;

6° Lettres de MM. MAYOR, CZERNY, DEMOSTHEN et THORNTON, remerciant la Société de les avoir nommés membres associés et correspondants étrangers ; de MM. CHOUX, HUE (François), LECERF

et Ménard, remerciant la Société de les avoir nommés correspondants nationaux ;

7° Lettres de remerciements de MM. Mauclaire, Broca et Maubrac, et Jules Bœckel, lauréats de la Société.

M. Périer cède le fauteuil à M. Lucas-Championnière, après avoir adressé quelques paroles de remerciement à la Société.

ALLOCUTION DE M. CHAMPIONNIERE

Mes chers Collègues,

En vous remerciant du grand honneur que vous m'avez fait de me nommer votre président, je me souviens que je le dois à votre amitié d'abord, puis à mon ancienneté au milieu de vous.

Ce témoignage de votre confiance m'est d'autant plus précieux que, dans cette enceinte, j'ai été longtemps un révolutionnaire, un combattant ardent et déterminé. En m'appelant à la présidence, vous me faites un honneur que nous désirons tous au couronnement de notre carrière, mais aussi vous me donnez votre approbation pour avoir si longtemps et si ardemment combattu le bon combat au milieu d'oppositions bien vives.

Ce souvenir me portera certainement à me montrer, en votre nom, accueillant pour tous ceux qui nous apporteront des faits nouveaux ou des idées nouvelles. En suivant ainsi le penchant de mon esprit, je suis assuré de me conformer aux tendances actuelles de notre Société, si soucieuse des recherches nouvelles et des découvertes de tous ordres.

A l'encontre d'autres sociétés savantes, arrêtées souvent par la pénurie des présentations, nous sommes souvent gênés par l'excès de nos richesses, et votre président a moins à conduire vos travaux qu'à classer et mesurer les communications. Pour cette besogne, il lui faut surtout de l'attention et de l'exactitude. Il lui faut aussi le secours de toutes les bonnes volontés pour faciliter sa tâche, et je vous prie de ne pas me les refuser.

Si cette tâche est difficile, heureusement nous avons de solides traditions qui nous guident ; nous avons bien peu de chose à innover dans la marche de nos travaux.

Je me propose de suivre ces traditions, et particulièrement de ne pas oublier l'exemple de mon prédécesseur immédiat, mon ami Périer. Vous avez tous le souvenir présent de sa fermeté bienveillante, de la cordialité de ses manières, de l'à-propos de son

esprit, qui nous ont toujours fait un accord facile dans les circonstances les plus délicates. Je n'espère pas vous le faire oublier ; je tâcherai de ne pas le faire trop regretter.

Je suis donc assuré, en lui adressant les remerciements d'usage, de parler très sincèrement au nom de vous tous sans exception pour lui exprimer notre gratitude. Je suis sûr également d'être votre interprète fidèle en rappelant combien nous avons tous apprécié les comptes rendus si remarquables et si complets de notre secrétaire, M. Kirmisson, dont la lourde tâche vient de prendre fin. Qu'il veuille bien agréer l'expression de la reconnaissance de ses collègues.

A propos du procès-verbal.

Sur les plaies du crâne par projectiles de petit calibre.

M. Paul Berger. Dans l'une des dernières séances, M. Chauvel vous a présenté un rapport sur un cas intéressant qui vous avait été communiqué par M. le Dr Chupin : celui-ci, ayant à soigner un homme qui avait reçu un coup de revolver à la région occipitale, et constatant une dépression au niveau du point blessé, pratiqua la trépanation et put enlever un fragment de la table interne enfoncé dans le crâne. A l'occasion de ce fait, M. Gérard-Marchant a rapporté l'observation d'un sujet blessé par une balle de revolver à la région frontale et ayant présenté le lendemain ou le surlendemain une élévation de température, sur lequel, guidé par cette indication, il pratiqua l'extirpation d'esquilles enfermées dans le trajet et d'une moitié du projectile ; l'autre moitié, qui avait pénétré profondément dans le crâne, ne put être extraite.

Je m'associe pleinement à l'approbation que M. Chauvel a donnée à la conduite de M. Chupin : celui-ci a obéi à l'une des indications les plus formelles qui commandent l'intervention, même en l'absence d'une plaie des téguments ; cette indication est l'existence d'une dépression appréciable de la surface cranienne révélant un enfoncement. La conduite tenue par notre collègue M. Marchant est également celle que j'eusse adoptée dans des circonstances semblables ; le développement de la fièvre devant faire craindre l'apparition de complications du côté de la plaie, invitait le chirurgien à ouvrir plus largement celle-ci et à la nettoyer dans les limites du possible, à la débarrasser des corps étrangers et à la désinfecter. Mais où je suis forcé de me séparer de M. Gérard-Marchant, c'est quand il semble conclure que, dans tous les cas de plaie du crâne par balle de revolver, il y a quelque avantage à intervenir primitivement.

L'intervention chirurgicale n'est nullement nécessaire dans la plupart des plaies, même pénétrantes, du crâne et de l'encéphale par des projectiles de petit calibre ; les exemples en sont nombreux.

J'ai rapporté, dans la *Semaine médicale* [1], le fait d'une jeune femme qui avait reçu à la tempe gauche un coup de revolver : quand elle sortit du coma où elle était tombée au moment de la blessure, elle présentait une aphasie et une hémiplégie droite complètes ; pendant cinq jours la matière cérébrale s'écoula par la plaie, prouvant ainsi la pénétration du projectile dans l'encéphale ; cette malade guérit non seulement de sa blessure, mais de l'aphasie et de la paralysie motrice, et, deux ans après, elle était encore fille de brasserie au quartier Latin.

Il y a deux ans, je vous ai présenté un malade qui avait reçu un coup de revolver au crâne ; la balle était venue se loger dans le lobe frontal, ainsi que le prouva l'issue bien constatée de substance cérébrale. Elle ne détermina cependant aucun phénomène primitif, aucune complication consécutive, et le blessé put vous être présenté guéri sans intervention [2].

De semblables faits pourraient être cités en beaucoup plus grand nombre : souvent nous recevons dans nos salles de l'hôpital Lariboisière des blessés atteints d'une balle de revolver au crâne, et si le plus souvent l'issue de matière cérébrale par la plaie ne démontre pas l'existence de la pénétration du projectile, celle-ci est néanmoins rendue probable par la perte de connaissance qu'a présentée le malade et par la direction du projectile. Eh bien, je puis affirmer, d'après mes souvenirs, que dans aucun des cas où les phénomènes cérébraux primitifs avaient fait défaut et dans ceux où ils s'étaient dissipés, je n'ai vu les blessés succomber à des accidents consécutifs ou tardifs. Ceux-ci sont néanmoins possibles : je vous en ai cité un exemple qui m'avait été communiqué par M. le Dr Geschwind : une fille publique, étant morte subitement d'une *attaque*, on découvrit à l'autopsie une balle logée dans la fosse occipitale gauche ; cette balle avait été envoyée quatre ans auparavant dans la région orbitaire, et l'insignifiance de la plaie, malgré l'apparition de quelques troubles parétiques, avait fait écarter l'idée d'une plaie pénétrante du crâne : la mort était survenue par le fait d'une encéphalo-méningite suppurative survenue quatre ans après la blessure [3]. Il est hors de doute qu'il y aurait avantage à retirer les projectiles logés dans la cavité du crâne ; mais la question est

[1] *Semaine médicale*, 6 mars 1889, p. 63.

[2] *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1er juin 1892; nouv. série, t. XVIII, p. 408.

[3] *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 26 octobre 1887, nouv. sér., t. XIII, p. 592.

de savoir si l'opération permet de le faire : on peut sans aucune hésitation le nier. Si M. Chupin, si M. Marchant s'étaient proposés d'enlever des balles de revolver logées dans l'encéphale, ils n'auraient pas atteint le but qu'ils se proposaient, puisque M. Chupin n'a pas trouvé la balle et que M. Marchant n'en a extrait qu'une des moitiés. Nous savons que les explorations faites à cet effet dans un trajet intra-cérébral sont non seulement inutiles, mais très dangereuses, puisque la fragilité de la matière où ce trajet est creusé permet d'aggraver les lésions, de rompre des parties qui ont été ménagées par le projectile, de déplacer des caillots et de détruire l'hémostase, d'ouvrir peut-être des cavités ventriculaires intactes et de commettre tout espèce de désordres sans aucun bénéfice probable, puisque l'on n'ose même porter les antiseptiques dans l'intérieur de la masse cérébrale, et que la découverte du projectile ou des fragments d'os qu'il a entraînés ne peut dépendre que d'un hasard presque invraisemblable. Le fait de M. Geschwind le démontre ; les nombreuses autopsies pratiquées à la suite de plaies du crâne par coup de feu, les expériences sur le cadavre le démontrent plus clairement encore ; il n'est même pas rare que le projectile aille déterminer une fracture de la paroi opposée à celle par laquelle s'est effectuée la pénétration, et on l'a vu souvent se réfléchir sur cette paroi pour aller se loger dans un point fort éloigné du diamètre qu'avait suivi son trajet d'entrée.

Aussi je me rattache absolument aux conclusions par lesquelles, en 1887[1], M. Chauvel terminait son rapport sur une observation de M. Prengrueber. « Si l'abstention de toute exploration doit être la règle générale, dit notre collègue, dans les coups de feu du crâne et du cerveau par petits projectiles, cette règle ne s'applique qu'aux cas simples, sans complications primitives ou consécutives. » Telle est la ligne de conduite que je voudrais voir adopter, non que je craigne qu'une incision exploratrice, entre les mains d'un chirurgien prudent et exercé, puisse compliquer la situation du malade, mais parce que l'indication d'intervenir, posée d'une manière générale pour toutes les plaies du crâne par balles de revolver, entraînerait certainement des praticiens qui n'y sont pas suffisamment préparés dans une voie dangereuse pour leurs malades et pour eux.

Suite de la discussion sur le prolapsus utérin.

M. Le Dentu. Les deux faits dont l'exposé va suivre contribueront pour leur petite part à la solution de la question pendante. Il

[1] *Ibid.*, 26 octobre 1887, p. 589.

s'agit de savoir si l'hystérectomie vaginale totale peut, à elle seule, modifier favorablement cet état complexe qu'on nomme habituellement prolapsus ou procidence de l'utérus et qui consiste, en réalité, non seulement dans l'abaissement ou la chute de l'utérus hors de la vulve, mais en même temps dans un relâchement de la paroi vaginale, dont la conséquence est l'apparition d'une cystocèle, d'une rectocèle ou de ces deux lésions à la fois.

Ma première hystérectomie, faite dans ces conditions, date du 7 mars 1892.

La nommée B..., âgée de 39 ans, blanchisseuse, était atteinte de procidence de l'utérus. Celui-ci se montrait au dehors de la vulve au moindre effort, entraînant avec lui le vagin tout entier, doublé de la vessie et du rectum. Réglée à 18 ans, cette femme avait joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de 29 ans. Le prolapsus se serait montré, d'après elle, il y a dix ans, à la suite d'une chute. Sans aucun doute il existait auparavant à un degré moindre et avait échappé à la malade.

Il y a huit ans, elle eut des pertes abondantes, sans douleurs concomitantes. Un séjour à l'hôpital les améliora pour quelque temps, mais elles reparurent à diverses reprises, et spécialement peu de temps avant l'époque où Marie B... vint me consulter à l'hôpital Necker. De vives douleurs ont aggravé sa situation. Incapable de tout travail, très anémiée, elle a de fréquentes lipothymies.

La vulve étant entr'ouverte, on aperçoit le col gros, cylindrique, très allongé. Il mesure 7 centimètres au-dessous de l'insertion vaginale, en avant comme en arrière. La plus légère tension l'amène au dehors L'hystérométrie donne 7 centimètres pour la cavité cervicale, 10 centimètres pour la cavité utérine dans toute sa longueur.

Dans le cul-de-sac antérieur et un peu à gauche, existe une tumeur volumineuse, ferme, à laquelle se transmettent les mouvements imprimés à l'utérus. Elle paraît réunie à ce dernier par un pédicule.

Dans le cul-de-sac latéral gauche, un peu en arrière, on sent l'ovaire normal. Le cul-de-sac postérieur est occupé par une tumeur arrondie, lisse et dure, qui semble plus développée à droite ; c'est le corps de l'utérus, cul-de-sac latéral droit libre.

Je diagnostique un prolapsus complet de l'utérus compliqué d'allongement hypertrophique sous-vaginal du col, de rétrodéviation du corps et de salpingite gauche avec proéminence de la trompe dilatée en avant.

Pratiquer l'hystérectomie vaginale, c'était obéir d'un coup à toutes les indications que comportait ce cas. L'opération eut lieu le 31 mars 1892. Rien de spécial, si ce n'est une déchirure de la vessie causée par l'adhérence très intime de cet organe avec l'utérus et son renversement très prononcé en bas. L'accident eut lieu, quoique j'eusse reconnu à l'avance ce renversement et que j'eusse fait mon possible pour l'éviter. La trompe gauche dilatée, renfermant deux bonnes cuillerées à bouche de liquide pyohématique, fut extirpée assez difficilement à cause de sa situation anormale en avant et en haut; l'ovaire non trouvé fut laissé

en place. Les annexes du côté droit, peu altérées, sont enlevées également. Quatre pinces, laissées à demeure, suffirent pour l'hémostase.

A la fin de l'opération, je fais une suture en surjet sur la plaie vésicale, et je soutiens cette suture par des points séparés.

Examen de la pièce. — La cavité du corps de l'utérus a 3 centimètres de long, celle du col 7 cent., 5. L'isthme est rétréci, l'arbre de vie très marqué. Muscle utérin très épais, d'au moins 1 cent., 5.

Sur la face antérieure de l'utérus se voit une membrane grisâtre, épaisse, indurée, qui est le feuillet péritonéal transformé en tissu conjonctif et rétracté; de là la déchirure de la vessie qui y adhérait solidement. Cette face antérieure, au lieu d'être convexe, est plane, et les trompes, à leur origine, sont attirées en avant et repliées à angle droit.

Suites opératoires. — Simples, sauf la formation d'une petite fistule vésico-vaginale qui ne fut guérie complètement qu'après trois opérations.

Résultat constaté en janvier 1894. — La malade se sent bien, mais lorsqu'elle fait un effort, les parois vaginales antérieure et postérieure bombent un peu à travers la vulve. La cicatrice est à peine à 2 centimètres au-dessus de la vulve. Le renversement de la paroi antérieure semble limité uniquement par l'existence d'un peu de tissu fibreux au niveau de la cicatrice de la fistule vésico-vaginale. S'il est vrai que ce renversement n'est pas encore très accentué et ne gêne pas beaucoup la malade, on peut dire que le résultat est médiocre, au point de vue de la correction de la cystocèle et de la rectocèle.

Le sujet de ma deuxième observation est une femme de 52 ans, entrée à l'hôpital Necker le 15 octobre 1892.

De 20 à 27 ans, elle a eu quatre grossesses suivies d'accouchement facile. Elle a joui d'une bonne santé jusqu'à ces dernières années, malgré des chagrins et des fatigues excessives.

Depuis six ans, elle a une sensation de chute de l'utérus, de pesanteur, de tiraillement. Depuis deux ans, l'utérus proémine hors de la vulve. Depuis un an, des douleurs lombaires et un état de courbature incessant l'obligent à rester couchée continuellement; pertes sanguines fréquentes, mais peu abondantes.

Le col fait saillie hors de la vulve, mais la portion sous-vaginale est très courte; elle existe à peine. Cystocèle très marquée, rectocèle, colpocèle. Le corps de l'utérus se sent dans le cul-de-sac postérieur. L'hystérométrie révèle une cavité utérine irrégulière de 15 à 16 centimètres de longueur. Par le toucher rectal, combiné avec la palpation abdominale, on perçoit sur la face postérieure de l'utérus, des bosselures multiples donnant la sensation de petits fibromes. On reconnaît aisément l'allongement hypertrophique considérable de la portion sus-vaginale du col.

Cet allongement très notable, l'existence des fibromes, l'âge de la

malade m'amènent à choisir l'hystérectomie totale comme méthode de traitement.

L'opération est faite par moi le 9 novembre 1892, sans incident spécial, si ce n'est un suintement hémorragique abondant qui m'oblige à laisser beaucoup de pinces à demeure. Les jours suivants, la malade s'affaiblit; elle est atteinte d'incontinence d'urine et de diarrhée incoercible. Quelques injections de Brown-Sequard lui rendent rapidement des forces.

Au moment où la malade quitte l'hôpital (12 décembre), les parois vaginales n'ont pas de tendance à se renverser, mais cette situation favorable ne devait pas se prolonger longtemps. Une tendance à la reproduction de la colpocèle s'est manifestée peu à peu et pendant la station il apparaît une grosseur à la vulve. Quoique la malade ne se plaigne pas de gêne notable à la fin de la journée, il est à prévoir que l'exagération du renversement déterminera graduellement des troubles pénibles.

Il me reste à dire que l'utérus était réellement fibromateux et très hypertrophié. Il existait deux fibromes sous-péritonéaux gros comme des noisettes, sur la face postérieure, un petit fibrome interstitiel, un fibrome sous-muqueux du volume d'une noix, et de tout petits polypes intra-utérins.

A côté de ces deux cas d'hystérectomie vaginale, je puis placer deux observations récentes d'amputation du col pour allongement hypertrophique compliqué de colpocèle. Dans ces deux cas, il s'agit de femmes ayant dépassé 60 ans, et présentant une chute complète de l'utérus hors de la vulve; la cavité utérine avait 10 à 12 centimètres de longueur, et l'hypertrophie était sus-vaginale.

Chez toutes deux l'opération consista dans l'amputation sus-vaginale sur une longueur de 6 centimètres, suivie de sutures. Les deux opérées guérirent très bien; seulement, après une période d'amélioration, la récidive de la colpocèle a eu lieu, comme celle de la procidence utérine.

La comparaison de ces deux faits avec les deux précédents ne laisse pas que d'être instructive. D'un côté et de l'autre on voit que le renversement du vagin a eu de la tendance à se manifester de nouveau après quelques semaines. Si les deux malades qui ont subi l'hystérectomie totale se sentent très améliorées, on peut en dire autant de celles qui ont subi seulement l'amputation partielle; mais rien ne prouve que ce bien-être relatif se prolongera beaucoup. Il est même probable qu'ultérieurement elles éprouveront de nouveau les sensations pénibles auxquelles donnent lieu la cystocèle, la rectocèle et la hernie vaginale. Égales devant l'insuffisance du résultat, elles ont encouru des risques inégaux, assez sérieux pour celles à qui la matrice entière a été enlevée.

Aussi me semble-t-il facile de conclure, surtout si j'appuie mes

conclusions non seulement sur mes faits personnels, mais aussi sur ceux que plusieurs de nos collègues ont apportés à cette tribune.

1° L'hystérectomie vaginale totale s'est montrée insuffisante à faire disparaître par elle seule et à coup sûr le renversement du vagin. Les femmes qui l'ont subie restent exposées à la reproduction de leur infirmité dans un délai de quelques semaines;

2° Si l'hystérectomie vaginale fait cesser les désordres causés par la métrite, l'amputation du col combinée avec le curettage, peut et doit donner les mêmes résultats;

3° Elle est contre-indiquée d'une façon absolue chez les femmes qui n'ont pas encore atteint l'âge de la ménopause et qui ne sont pas atteintes de lésions doubles des annexes ou de fibromes;

4° Elle est loin d'être tout à fait inoffensive chez les femmes âgées, fatiguées par leur infirmité et offrant peu de résistance;

5° Elle est justifiable si la procidence de l'utérus est compliquée de fibromes ou de lésions doubles des annexes et si aucune contre-indication déduite de l'âge ou de l'état général n'est reconnue chez les malades;

6° Enfin, le véritable traitement des prolapsus utérins consistera pour moi, comme dans le passé, dans une gradation commençant par l'amputation du col ordinairement nécessaire puisque l'hypertrophie du col avec allongement est à peu près constante en cas de prolapsus utérin, et aboutissant fatalement aux opérations autoplastiques destinées à rétrécir le vagin, à combattre la rectocèle et la cystocèle;

7° Chez certaines femmes à utérus peu développé et non dévié, les opérations autoplastiques sur les parois vaginales et sur le périnée pourront être faites d'emblée sans que l'intervention porte en rien sur l'utérus;

8° Chez les femmes très âgées, aux tissus flasques défavorables aux autoplasties, le plus sage sera de s'en tenir, après l'amputation du col si elle est nécessaire et si l'âge des malades n'est pas trop avancé, aux moyens de contention (sustenteurs de modèles divers, coussin périnéal, etc.) auxquels l'imagination des inventeurs a donné naissance et qui, malheureusement, ne méritent qu'une médiocre confiance, sauf dans quelques cas où les malades en tirent quelque profit.

M. P. Reynier. Dès le début de cette communication, je spécifierai que je n'aurai en vue que le prolapsus utérin vrai, celui qui est caractérisé par la chute de la matrice, aboutissant à la sortie de l'organe hors de la vulve. C'était le cas pour toutes les observations que je citerai. Je laisserai donc de côté les cystocèles et les

rectocèles sans chute de la matrice, et si j'en parle plus loin ce sera seulement pour montrer que leur pathogénie et par suite leur thérapeutique, est différente.

Dans le traitement du prolapsus utérin j'ai depuis longtemps renoncé à l'usage des pessaires. Sauf, en effet, les pessaires en caoutchouc avec plancher périnéal, tels que les pessaires Gariel ou Borgniet, qui sont des bandages désagréables, mais jusqu'à un certain point efficaces, tous les autres pessaires m'ont paru généralement insuffisants, pour maintenir l'utérus prolabé. Ces moyens de contention sont de plus si malpropres et si souvent la cause d'accidents, que je crois pouvoir les classer à l'heure actuelle parmi les curiosités de la science, dignes de figurer dans les musées où on fait l'histoire de l'art.

Aussi, à moins de contre-indications tirées du grand âge de la malade, de son état mauvais de santé, je suis de plus en plus disposé à intervenir dans tout prolapsus utérin, où l'utérus sort de la vulve. J'y suis d'autant plus porté qu'à l'heure actuelle les opérations qui peuvent remédier à une pareille infirmité, nous paraissent, comme le faisait remarquer M. Richelot, de plus en plus bénignes, et les bénéfices que les malades peuvent en retirer sont infiniment supérieurs aux quelques risques qu'elles peuvent courir.

Ce sont ces idées qui ont dirigé ma conduite depuis 1888 ; et à l'heure actuelle je viens vous apporter le résultat de ma pratique personnelle, ajoutant mes observations à celles que mes collègues ont déjà fournies, et qui ont pu montrer à M. Quénu que les observations de M. Lejars et les siennes propres ne sont pas isolées, et qu'en France comme en Allemagne, nous sommes dans les cas de prolapsus utérins, partisans de l'intervention sanglante.

Cette intervention, à l'heure actuelle, me paraît devoir être réduite à deux opérations, dont le choix se fera suivant l'âge de la malade. Pour les jeunes femmes exemptes de lésions des annexes, ce sera l'hystéropexie ; pour les femmes ayant dépassé la ménopause, ce sera l'hystérectomie vaginale. Mais ma pratique personnelle m'a montré, comme à mes collègues qui ont pris la parole avant moi, que pour arriver à un résultat satisfaisant il est indispensable de joindre à ces deux opérations la colpopérinéorraphie, c'est-à-dire la restauration du périnée, généralement insuffisant.

Si je repasse en effet mes opérations pour prolapsus utérin vrai, je vois qu'avant 1888 deux fois j'ai essayé, au moyen de l'opération d'Alexander, de maintenir l'utérus. Ces deux tentatives ont été infructueuses. J'ai revu depuis mes malades ; le prolapsus s'était reproduit chez toutes les deux : une a porté depuis un pessaire Borgniet, l'autre a subi l'hystérectomie vaginale en 1888.

J'ai fait également deux fois, en 1885 et en 1886, le cloisonne-

ment du vagin par la méthode de Lefort. Les résultats ont été meilleurs ; une malade, vue trois mois après, paraissait avoir largement bénéficié de son opération et son prolapsus ne s'était pas reproduit. Mais chez l'autre, des points de suture avaient cédé, et l'utérus s'abaissait quatre mois après jusqu'à la vulve. Devant l'incertitude de ces résultats, j'ai eu recours à l'hystérectomie vaginale, puis à l'hystéropexie.

J'ai fait ainsi, depuis 1888, huit hystérectomies vaginales pour prolapsus vrai, et quatre hystéropexies. Ces douze opérations m'ont donné douze succès opératoires, ce qui justifie ma manière de voir lorsque je parlais de la bénignité de ces interventions.

Mais il reste maintenant à analyser ces observations. Mon manuel opératoire a différé à certaines époques et mes résultats définitifs n'ont pas été tous les mêmes.

Les trois premières hystérectomies vaginales que j'ai faites pour prolapsus ont été exécutées sans laisser de pinces à demeure, et en faisant à la soie la ligature des ligaments larges, avec des points de suture pour fermer le vagin. Tout ceci, dans les hystérectomies pour prolapsus utérin, se faisant en dehors de la vulve, est facile et, par suite, bien tentant à exécuter.

J'y ai toutefois renoncé. J'ai eu en effet, pendant l'opération, des hémorragies que j'ai arrêtées facilement, les artères se trouvant en pareilles circonstances sous les yeux. Toutefois ces hémorragies m'ont fait renoncer aux ligatures, pour avoir recours aux pinces, avec lesquelles on est bien plus à l'abri de ces ennuis.

Aujourd'hui que M. Lucas Championnière me le fait remarquer, le souvenir de ces accidents me ferait volontiers accepter l'opinion qu'il a émise, et qui d'ailleurs est en conformité avec celle d'Emmet, de la vascularité très grande de ces tissus prolabés, et de leur friabilité qui fait moins bien tenir les ligatures et expose aux hémorragies. La vascularité de ces tissus ne doit d'ailleurs pas nous étonner, si nous tenons compte d'un fait clinique que nous avons souvent relevé dans nos observations, et qui est le suivant. Les prolapsus utérins se rencontrent le plus souvent chez des variqueuses, et presque toujours en même temps que le prolapsus il existe un varicocèle des vaisseaux du ligament large.

Toujours est-il qu'après avoir fait l'hystérectomie sans pinces, et en évitant la suppuration, je l'ai faite ensuite en laissant les pinces à demeure pendant vingt-quatre heures, comme dans toute autre hystérectomie.

Si je compare les résultats de ces deux manières de faire, j'avoue que je me rangerai plutôt du côté de M. Segond. La présence des pinces, le travail inflammatoire qui amène la chute des escarres détermine une induration cicatricielle éminemment apte

à résister à l'impulsion de la masse intestinale ; de plus, les ligaments larges et les ligaments ronds, par le fait de l'inflammation dont ils ont été le siège pendant la chute des escarres, se transforment en des cordons fibreux rétractiles qui adhèrent à la cicatrice vaginale et tendent toujours à l'entraîner vers leur point d'attache supérieure.

Sur les malades que j'ai opérées en posant des ligatures sur les ligaments larges et en cherchant la réunion immédiate des lèvres de la plaie vaginale, le fond du vagin m'a paru toujours plus souple et moins bien soutenu. L'usage des pinces, loin de me paraître, comme à M. Quénu, déplorable, me paraîtrait au contraire plutôt recommandable. Toutefois ne l'ayant jamais fait, je ne juge pas le procédé de M. Quénu, qui me paraît ingénieux et que je me propose d'expérimenter prochainement.

Les deux premières hystérectomies pour prolapsus avaient été faites sans colpopérinéorraphie. Toutes les deux me sont revenues au bout de trois à quatre mois accusant des malaises dus chez l'une à une rectocèle assez forte, chez l'autre à de la cystocèle et de la rectocèle, qui loin de disparaître avec mon opération avaient plutôt augmenté.

Chez cette dernière, il s'agissait d'une hystérectomie avec ligature, le cul-de-sac vaginal s'était abaissé légèrement. A toutes deux je fis une colpopérinéorraphie, et à la dernière une élytrorraphie qui firent disparaître leurs malaises.

Instruit par ces exemples, à l'heure actuelle je restaure toujours dans une séance ultérieure à l'hystérectomie, vingt à vingt-cinq jours après, le périnée, et au besoin faisant une élytrorraphie pour réduire la cystocèle.

Je fais ces colpopérinéorraphies très larges, remontant très haut dans le vagin, je dirai tout à l'heure ce qui me pousse à agir ainsi.

J'arrive maintenant aux hystéropexies que j'ai faites, et qui sont au nombre de quatre.

La première hystéropexie a été faite sans colpopérinéorraphie.

Opérée en octobre 1890, elle a été revue huit mois après en juillet 1891. L'utérus restait en place, fixé, mais pendant la marche la malade se plaignait de tiraillements douloureux, qui étaient provoqués d'une façon évidente par un degré assez prononcé de cystocèle et de rectocèle. La muqueuse vaginale sortant au dehors tirait sur le fond du vagin, et par suite sur l'utérus. Nous lui fîmes à la fin de juillet une colpopérinéorraphie, et une élytrorraphie, qui firent disparaître entièrement ces malaises.

Les trois autres malades subirent le jour même de l'hystéropexie la colpopérinéorraphie ; sur ces trois malades deux ont été revues, l'une six mois après son opération, l'autre trois ans après.

Chez toutes les deux l'utérus était resté fixé. Chez deux, la colpopérinéorraphie avait fait disparaître tout malaise. Mais chez une que je revis trois mois après son opération, il existait une cystocèle assez développée qui s'était reformée depuis mon opération. Elle ne gênait toutefois pas la malade qui se refusa à toute autre opération.

Tels sont les résultats de ma pratique personnelle, assez encourageants comme vous le voyez, puisqu'en somme sur ces douze malades, je n'ai pas eu à constater de récidives vraies. Toutes ont bénéficié notablement de mon intervention, et si chez quelques-unes quelques malaises ont reparu, c'est que la restauration du périnée et la fermeture de l'orifice vulvaire avaient été insuffisantes. Toutefois, un certain nombre n'ont pas été assez longtemps suivies pour affirmer que ces guérisons sont durables.

Ces résultats opératoires ne doivent pas nous surprendre, car la pathogénie de cette affection montre le bien fondé de ces opérations complexes et les justifie.

Le prolapsus *utérin*, et j'ai bien le soin de spécifier que je le distingue des prolapsus *vaginaux*, est dû, comme l'ont montré Cruveilhier, mais surtout Siredey, Trélat (dans les *Archives de gynécologie*, 1888), Duplay et Chaput (*Archives de médecine*, 1889), à l'affaiblissement des organes musculaires de soutien de l'utérus. Or, ces moyens de soutien sont, ainsi que l'ont très bien montré Trélat et Duplay, d'une part, les fibres lisses contenues dans les ligaments utéro-sacrés et utéro-pubiens, mais surout les fibres musculaires striées du puissant muscle releveur. Celui-ci forme au-dessous de l'utérus un plan résistant contractile, véritable sphincter fermant le petit bassin, et qui s'oppose à la descente de l'utérus, en même temps qu'il fixe la portion supérieure du conduit vaginal sur lequel il prend attache et qu'il attire en haut. Pour bien saisir le rôle de ce muscle je renvoie au très remarquable travail de Trélat, qui, dans deux leçons parues dans les *Archives de gynécologie*, s'est appliqué avec sa lucidité si connue, à nous l'exposer.

C'est dans l'affaiblissement de ce plan musculaire qu'on doit trouver la cause du prolapsus utérin. La clinique ainsi que l'anatomie pathologique le démontre. Dans les autopsies de prolapsus utérin, on trouve la disparition complète de ce muscle, disparition d'où résulte pendant la vie l'élargissement de la portion supérieure du conduit vaginal qu'il n'enserre plus. Dans le travail de Duplay et Chaput, on lit une observation très remarquable où pareille lésion est notée.

Au-dessous du releveur existe le corps périnéal représenté par les faisceaux du transverse, et le sphincter de la vulve qui lui

donne un point d'appui et en même temps contribue à fermer la vulve et à maintenir en place la partie inférieure du conduit vaginal.

Ce plan inférieur peut être détruit sans que l'action du sphincter supérieur soit atteint dans sa vitalité et ne puisse encore remplir son rôle pendant un temps plus ou moins long. Ainsi voyons-nous à la suite des déchirures du périnée pendant l'accouchement, des destructions plus ou moins complètes du corps périnéal, permettant la hernie, soit de la cloison recto-vaginale, soit de la cloison vésico-vaginale, sans que cependant l'utérus, bien que tiraillé par ces hernies de la portion inférieure du vagin, s'abaisse notablement; c'est que dans ce cas, les moyens de soutien propres de l'utérus, restent toujours résistants. Il est toutefois évident que si le corps périnéal fait défaut, le releveur, ne pouvant plus prendre point d'appui sur lui, sera dans de mauvaises conditions pour résister et que, pour peu que sa contractilité soit diminuée, il cédera et ne s'opposera plus au déplacement de l'utérus [1].

La destruction du périnée, sans jouer le rôle capital que semblent à l'heure actuelle lui faire jouer quelques-uns de mes collègues, joue, toutefois, un rôle accessoire important. J'insiste sur ce point, pour montrer que toute opération qui ne porterait, comme dit M. Richelot, que sur la partie inférieure du vagin, colpopérinéorraphie, ou opération de Le Fort, sans remplacer l'action du plan supérieur, ne donnerait que des résultats aléatoires. C'est pourquoi la colpopérinéorraphie donne un bon résultat dans les prolapsus vaginaux, et un résultat insuffisant dans les prolapsus utérins, si l'on n'agit pas directement sur la partie supérieure du vagin.

Je ferai également remarquer que l'influence du poids de l'organe, acceptée par Emmet comme une des causes du prolapsus, est une cause bien accessoire également. Dans la majorité des prolapsus, comme l'a fait remarquer M. Duplay, c'est plutôt l'atrophie de l'utérus qu'on trouve, qu'une augmentation de son volume, et mes observations sont confirmatives de ce fait, puisque sur huit hystérectomies pour prolapsus hors la vulve, quatre fois j'ai trouvé l'utérus atrophié. Je ferai remarquer également que, bien souvent, les utérus atteints de métrite ou fibromateux, peuvent atteindre de gros poids, sans qu'il y ait tendance au déplacement. Le poids de l'utérus, quand les moyens de soutien n'existent plus, pourra précipiter la descente de l'organe, mais, sûrement, ne la provoquera pas.

J'en dirai autant de l'hypertrophie du col. J'ai bien trouvé trois

[1] C'est pourquoi nous voyons le prolapsus vaginal précéder généralement le prolapsus utérin, qui survient passé la cinquantaine, chez des femmes dont le périnée a été insuffisant.

fois un allongement hypertrophique du col dans les prolapsus, chez les vieilles femmes que j'ai opérées, mais je crois que ce n'était encore qu'une lésion accessoire adjuvante du prolapsus, mais non une lésion déterminante; d'ailleurs, je rappellerai ce qu'on semble oublier, que Huguier, qui le premier a insisté sur cet allongement hypertrophique, faisait remarquer que le corps de l'utérus restait en place et que le prolapsus, dans ces cas, était plutôt un prolapsus apparent.

J'ai pendant longtemps observé une femme vigoureuse qui avait un de ces allongements hypertrophiques du col, sans qu'elle eût aucune tendance à l'abaissement de l'utérus. Je fus obligé de lui faire une hystérectomie vaginale, pour une suppuration de ses annexes, et je vous affirme que l'utérus s'abaissait fort difficilement.

La cause unique du prolapsus utérin, est l'affaiblissement du plan musculaire de soutien de l'organe. Or, cet affaiblissement a des causes qui, jusqu'à présent, ont été peu recherchées, et que cependant il est important de mettre en lumière, car elles nous expliquent certains faits qui nous ont frappé dans nos opérations.

Le prolapsus utérin, comme l'ont fait remarquer Siredey et Danlos, n'est généralement pas une affection isolée, il fait partie de tout un groupe de lésions, qui démontrent un trouble général de l'économie, se traduisant par l'affaiblissement du système musculaire. C'est ainsi que nous voyons associée au prolapsus utérin, la faiblesse de la paroi abdominale, qui ne joue plus le rôle de sangle, maintenant les organes abdominaux en place, et permettant leur déplacement. Avec le prolapsus, existent des éventrations, des entéroptoses, des déplacements du rein, des dilatations de l'estomac, qui indiquent la diminution ou la perte de la tonicité musculaire.

Mais la tonicité musculaire est un phénomène qui se rattache au fonctionnement du système nerveux. Quand il fait défaut, on peut affirmer un trouble de celui-ci. Chez les vieilles femmes, le tremblement sénile, l'affaiblissement des muscles des membres, et souvent l'affaiblissement des facultés cérébrales concomitant avec le prolapsus, indiquent que si les muscles ne soutiennent plus l'utérus, c'est que la cause en réside dans la sénilité du système nerveux central.

Nous en avons encore une preuve dans ce que nous avons observé à la suite de quelques-unes de nos opérations, où le choc opératoire a déterminé chez trois malades sur huit, des troubles cérébraux passagers, qui se rattachaient manifestement à un peu de ramollissement périphérique, et, dans la communication de

M. Le Dentu, je vois que dans une de ses observations, pareil accident a été noté.

Chez les femmes jeunes, le prolapsus utérin est plus rare ; ce n'est plus la sénilité du système nerveux, qu'on peut accuser, mais cependant, là encore, le prolapsus est dépendant d'un état particulier du système nerveux, qui se manifeste le plus souvent par des symptômes de neurasthénie très prononcés, et qui donne en tout cas naissance, comme chez la vieille femme, à d'autres lésions concomitantes, tels que les déplacements des reins et l'entéroptose où la neurasthénie a déjà été signalée.

Dans toutes mes observations de prolapsus utérin, j'ai été très souvent frappé de cet état particulier mental que j'ai souvent signalé à mes élèves et qui doit être pour beaucoup dans la perte de tonicité des moyens de soutien de l'utérus.

A la suite de la grossesse, les choses peut-être se passent-elles autrement ? Les muscles dont la contractilité a disparu sont surtout les muscles abdominaux et les muscles du petit bassin qui ont concouru à l'accouchement. Ici, on peut admettre que la distension exagérée produite par la grossesse puis, plus tard, par le passage du fœtus, a pu, en les distendant outre mesure, nuire à leur contractilité ultérieure. Cependant, comme les muscles d'un grand nombre de femmes résistent à pareille tension et que c'est surtout chez les femmes un peu lymphatiques, nerveuses, où le plus souvent l'accouchement est très facile, ce qui indique que les muscles ont déjà perdu leur tonicité, ne pourrait-on pas admettre qu'il se passe là, autour de la séreuse péritonéale, des phénomènes réflexes analogues à ceux qui se passent autour d'une séreuse articulaire distendue par un liquide inflammatoire ? Nous savons à l'heure actuelle que dans les hydarthroses, les atrophies musculaires qui se produisent sont dues à des lésions réflexes dont le point de départ périphérique est la séreuse irritée.

L'irritation de la séreuse péritonéale ne pourrait-elle pas donner lieu à des atrophies analogues d'origine réflexe sur tous les muscles destinés à fermer la cavité péritonéale, bien entendu chez des femmes prédisposées par un état particulier de leur système nerveux ? Dans ces conditions, la perte de tonicité précéderait l'atrophie complète du système musculaire, qui, comme nous le voyons sur les membres, va par défaut de fonctionnement, toujours en augmentant. On comprend que dans ces cas, les massages utérins, dont je ne parle que par ouï-dire, puissent rendre des services, et, rétablissant la contractilité des muscles, améliorer et peut-être guérir des prolapsus consécutifs aux accouchements.

Toujours est-il que cette notion du rôle du système nerveux dans la production du prolapsus utérin, doit nous rendre, comme

M. Lucas Championnière, très incertains sur la durée de nos résultats opératoires.

Toutefois, ainsi que le montre notre statistique, ces résultats paraissent se maintenir encore assez longtemps, pour nous encourager à les rechercher par nos opérations. Et pour conclure, je dirai que ces opérations doivent être faites dans l'esprit suivant :

Par l'hystérectomie vaginale et l'hystéropexie, nous fixons le cul-de-sac supérieur de l'utérus et cherchons à remplacer l'action des ligaments utérosacrés et du releveur. Pour soustraire le cul-de-sac ainsi fixé aux tiraillements produits par la hernie de la partie inférieure du conduit vaginal, nous croyons indispensable de faire la colpopérinéorraphie. Mais cette opération, qui nous paraît nécessaire comme complément de l'hystérectomie et de l'hystéropexie, ne nous paraît pas à elle seule, comme semble le dire M. Richelot, suffisante dans les cas de prolapsus de l'utérus, pour remédier à l'affection.

Cette colpopérinéorraphie, comme je l'ai dit plus haut, doit être très haute et très large. On doit enlever une grande portion de la paroi vaginale, de manière à rétrécir le vagin, et à former une cloison recto-vaginale cicatricielle, qui remplace jusqu'à un certain point la portion vaginale du releveur qui fait défaut, et qui, à l'état normal, maintient et rétrécit la partie supérieure du conduit vaginal. Conçues ainsi, nos opérations nous paraissent avoir de grandes chances de nous donner des résultats satisfaisants.

Communications.

1° *Hernie crurale étranglée, compliquée de sphacèle de l'intestin. Opération. Réduction de l'intestin. Cure radicale. Guérison per primam,*

Par M. Piéchaud, membre correspondant.

Le 10 octobre 1893, je suis appelé à l'hospice général des aliénées de Bordeaux, auprès d'une femme de 34 ans, atteinte de hernie crurale gauche étranglée.

On ne savait exactement quand avaient paru les premiers signes de l'étranglement, la malade ne répondant que fort mal aux questions qui lui sont adressées.

Quand j'arrive auprès d'elle, je constate la couleur un peu brunâtre des matières vomies, la hernie dont le volume peut être comparé à celui d'une petite mandarine. Le ventre est peu douloureux; il existe du météorisme, et déjà les anses intestinales se dessinent sous la paroi abdominale amaigrie.

L'état général est encore assez bon : le pouls marque 90, est assez fort et la température est normale.

Depuis la veille au matin, la constipation est absolue; mais il nous est facile de constater qu'on ne peut accorder qu'une foi limitée aux déclarations de la malade qui, à chaque instant, se contredit dans ses affirmations.

Réservant mon pronostic au sujet de l'état de l'intestin, je me mets aussitôt en devoir d'opérer sous le chloroforme.

La section de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané traverse un peu d'œdème rougeâtre et j'arrive vite sur le sac qui est ponctionné avec la pointe du bistouri. Aussitôt il s'échappe une notable quantité de sérosité rouge, mais point de gaz, aucune odeur rappelant les matières stercorales ou la gangrène.

Le sac est largement ouvert, il ne contient que de l'intestin.

C'est une anse d'intestin grêle très distendue, rouge lie de vin, poisseuse à sa surface, offrant en un mot tous les caractères d'un étranglement violent auquel des manœuvres de taxis ont été ajoutées.

J'examine aussitôt très en détail l'intestin hernié. Vers sa partie moyenne il présente une escarre transversale couleur de feuille morte, qui mesure 2 centimètres dans son plus grand diamètre, 1 centimètre suivant sa largeur. — Au-dessous de cette première escarre, à 1 centimètre et demi plus bas, il en existe une autre heureusement beaucoup plus petite, comparable au volume d'une lentille et très exactement arrondie.

Examinant alors le collet du sac, je rencontre un étranglement tellement serré qu'il ne permet pas l'introduction de l'ongle. Je n'hésite pas cependant à faire le débridement pour me permettre d'explorer toute la partie de l'intestin qui a été enserrée dans la stricture.

Attirant alors celui-ci très légèrement du côté du sac, je constate qu'il est sain dans toute la portion qui a été comprimée par le collet.

Quel parti prendre?

Fixer l'intestin par quelques points de suture et laisser s'établir un anus contre nature ou reséquer les escarres et suturer l'intestin? Je me serais décidé pour ce mode d'intervention, malgré sa gravité bien reconnue si le hasard ne m'avait mis sur une autre voie que j'ai fort heureusement suivie : l'adossement de deux anses intestinales pour faire en quelque sorte l'inclusion des escarres.

Le mérite du procédé que j'ai employé appartient tout entier à mon collègue d'internat de Paris, mon ami le Dr Martinet, de Sainte-Foy-la-Grande. Quelques jours auparavant, dans un entretien, j'avais appris de lui qu'il venait de guérir, contre toute espérance,

une malade opérée de hernie étranglée présentant une large escarre longitudinale de l'intestin. J'ai pu répéter chez ma malade l'opération qu'il a faite lui-même *le premier* et les détails que je vais donner sont l'exacte reproduction de ceux qu'il fournit dans son observation.

L'idée générale est de renfermer l'escarre dans la cavité intestinale dans laquelle elle tombera pour se mêler aux matières et être expulsée avec elles.

Pour diminuer la tension de l'intestin, j'exerçai à sa surface quelques pressions ménagées pour faire passer quelques gaz et matières dans le ventre. Aussitôt après je priai le Dr Pons de vouloir bien, avec une sonde cannelée appliquée à plat sur la grande escarre, déprimer lentement cette escarre de manière que ses deux bords devinssent bientôt contigus, tandis que la sonde cannelée disparaîtrait profondément avec le tissu gangrené refoulé.

Dès que cette manœuvre est exécutée, je me hâte avec une aiguille à suture armée d'un catgut 00, de réunir les parties saines de la surface séreuse adossées, par une suture en surjet.

Je veille autant que possible à ne pas traverser avec le catgut et l'aiguille toute l'épaisseur de l'intestin; mais il s'écoule quand même sur plusieurs piqûres un liquide suspect qui me paraît être le résultat d'une infiltration qui s'est faite, autour de l'escarre, dans l'épaisseur des tuniques intestinales. Un peu de sang accompagne ces liquides suspects, mais l'écoulement s'arrête vite et je passe au traitement de la deuxième escarre.

Même manœuvre rapidement exécutée puisque la mortification est peu étendue.

Grâce à la situation transversale de la grande escarre et au petit volume de la seconde, les sutures n'amènent aucune modification notable dans la forme générale de l'intestin et il est facile de prévoir que si la guérison est obtenue, il ne résultera pas de l'intervention un rétrécissement du calibre.

Par mes deux sutures exactement faites, j'ai la conviction que les escarres sont bien renfermées dans l'intestin et qu'elles ne pourront pas infecter le péritoine et j'applique ainsi au sphacèle de la hernie étranglée la formule connue : tout à l'égout.

Ce premier temps accompli, je réduis aussitôt la hernie avec tous les ménagements que réclame une suture appliquée sur des tissus friables, une suture dont la rupture entraînerait infailliblement la mort de mon opérée.

La réduction faite, je me demandai un instant s'il ne serait pas préférable, tout en réunissant les parties molles superficielles, de placer un gros drain en face du collet pour laisser une soupape de sûreté en cas d'accidents plus profonds.

Cette demi-mesure ne me plaisait pas davantage que celles que j'avais un instant discutées en présence de la découverte désagréable des deux escarres, et, sans hésiter, sûr de mon asepsie, je pratiquai la cure radicale. Dissection du sac jusqu'au delà de l'anneau, étranglement de la séreuse dans une double ligature croisée, résection de toute la séreuse disséquée, capitonnage des parties cruentées profondes, suture, léger drainage en florence à l'angle intérieur de la plaie. Ce fut l'affaire d'un instant.

Les suites de cette opération ont été des plus simples. Pas de douleurs, point de fièvre, aucun vomissement. La malade est soumise, pour immobiliser l'intestin, à l'extrait thébaïque (20 petites pilules d'un centigramme — une toutes les heures).

Six à sept heures après l'opération, on lui donne des gorgées de bouillon froid, de très petits fragments de glace — 12 ou 14 heures après quelques petites quantités de champagne glacé, — le deuxième jour, du lait glacé par cuillerées. — Progressivement, l'alimentation liquide précédente est augmentée mais non modifiée, avant la première selle.

Celle-ci est facilement obtenue le sixième jour avec un très léger purgatif huileux (1/2 cuillerée d'huile de ricin).

Guérison de la plaie per primam. Cependant, au onzième jour, un peu de rougeur apparaît au centre de la cicatrice qui s'ouvre de suite pour laisser passer un fil de catgut. Cet incident insignifiant n'amène pas la moindre réaction et ne peut en rien mériter le nom d'accident.

Conclusions. — Je crois le procédé mis en usage, excellent pour les escarres limitées, qu'elles soient longitudinales ou transversales.

Je le crois encore très bon dans les cas d'escarres assez étendues mais transversalement situées.

L'inclusion de l'escarre dans la cavité intestinale par l'affrontement des deux surfaces séreuses appartient à Martinet de Sainte-Foy, et je crois de justice rigoureuse de lui donner le nom de son auteur.

2° *De la néphrolithotomie et de l'hémostase préventive dans les opérations sur le rein,*

Par M. Tuffier.

L'opération qui consiste à enlever les calculs contenus dans un rein *aseptique* prend le nom de néphrolithotomie. Elle doit être

distinguée de la néphrotomie ou simple incision du rein. Cette distinction est justifiée par ce fait que la néphrolithotomie constitue une opération réglée, typique, dont tous les temps peuvent être prévus et décrits, et dont les dangers et les complications peuvent être évités, parce qu'ils sont connus d'avance ; alors que la néphrotomie appliquée à un rein suppuré est une intervention variable pour ainsi dire avec chaque cas, suivant le siège, le volume, les lésions de l'organe.

J'ai étudié la néphrolithotomie au point de vue expérimental, j'ai eu l'occasion d'appliquer dans six opérations les principes que l'expérimentation m'avait permis d'établir, et j'ai reconnu qu'ils s'appliquaient de tout point à la chirurgie. Ils ont d'ailleurs été adoptés généralement. C'est ainsi que l'incision sur le bord convexe du rein, l'hémostase préventive, la suture complète de l'incision rénale sont aujourd'hui admises et pratiquées.

Cette opération, essentiellement conservatrice, doit être préférée à l'ablation de l'organe et nous devons en étendre les indications. Les *limites* de cette opération sont, pour ainsi dire, indéfinies : ni la pluralité des calculs, ni leur irrégularité, ne doivent faire modifier les grandes lignes du procédé opératoire, ni surtout faire sacrifier le reiu. La lithiase urinaire est une maladie générale, elle frappe souvent les deux glandes simultanément ou successivement; tous nos efforts doivent donc tendre à conserver un organe qui, malgré l'incision dont il a été l'objet, peut fonctionner normalement, comme je l'ai expérimentalement vérifié. Si, chez un animal rendu lithiasique par l'ingestion d'oxamide, on pratique une néphrectomie, l'animal succombe. Si même cette ablation de l'un des reins est faite chez un animal qui depuis longtemps n'est plus soumis à l'ingestion du médicament, la mort en est la conséquence. C'est que la lithiase expérimentale a déterminé dans les deux reins une néphrite scléreuse, et nous savons quels sont les dangers de l'ablation de l'un des reins en pareil cas. Dans deux expériences mes animaux sont morts anuriques. Les résultats ne sont d'ailleurs que la confirmation de ce que la clinique nous apprend. J'ai montré que, à l'inverse de ces faits, un rein, incisé et suturé méthodiquement, continuait à fonctionner normalement. Il y a donc tout intérêt à pratiquer la néphrolithotomie, à élargir le cadre de ses indications, à perfectionner sa technique opératoire.

A cet égard, c'est dans deux directions que doivent s'étendre nos recherches. Elles doivent tendre à diminuer les chances d'hémorragie, seul grand danger, et à reconstituer aussi parfaitement que possible l'organe incisé, puisque c'est par la diminution de leur champ d'excrétion rénale que les lithiasiques urinaires sont me-

nacés : Voici, à cet égard, une opération où ces principes conservateurs ont été rigoureusement appliqués :

Calcul rénal ayant séjourné 35 ans dans le rein. Accidents douloureux graves et répétés. Néphrolithotomie. Hémostase préventive. Incision des calices. Extraction de trois calculs ramifiés pesant 35 grammes. Reconstitution des calices et suture du rein. Réunion complète et sans drainage. Guérison au dixième jour.

H... est un Bourguignon de 42 ans, petit, assez maigre, mais vigoureux, qui nous est envoyé pour des accidents douloureux du côté du rein droit. Issu de parents morts dans un âge avancé, il n'a eu lui-même que deux maladies infectieuses : un érysipèle de la face à 21 ans et une pneumonie à 25 ans. Les accidents douloureux pour lesquels il nous est adressé ont débuté à l'âge de 7 ans (il y a donc 35 ans). A cette époque, il fut pris brusquement d'une violente douleur occupant la région lombaire *droite* avec irradiations dans le pli de l'aine. Cette douleur persista environ une journée et s'accompagna de vomissements. Depuis cette époque la région lombaire resta toujours endolorie dans l'intervalle des crises. Trois ou quatre mois après ce premier accès de colique néphrétique, le malade fut pris d'accidents exactement semblables, et jusqu'à l'âge de douze ans ces douleurs se répétèrent avec les mêmes caractères, à des intervalles d'environ un mois. H... ne peut donner aucun renseignement sur l'état des urines à ce moment. Vers cette époque, les crises augmentèrent d'intensité et devinrent plus fréquentes, au point de se répéter chaque semaine. Ce n'est qu'à l'âge de 18 ans qu'elles furent suivies de légères hématuries. En même temps les urines étaient teintées de sang toutes les fois que le malade se livrait à une marche prolongée ou à un exercice pénible; mais il n'y eut jamais d'expulsion de graviers ou même de sable.

A l'âge de 25 ans, les crises changèrent d'allure ; elles furent moins nettement classiques, elles ne s'accompagnèrent plus de vomissements, mais la douleur devint plus fixe, presque permanente, siégeant toujours à droite. Les urines, claires jusqu'alors, laissèrent déposer un peu de sable gris.

C'est surtout depuis quatre ans que l'état douloureux devient réellement grave ; il est permanent et il oblige le malade à s'aliter. Les accès ne sont calmés que par la pression sur le flanc ; aussi le patient a-t-il l'habitude d'appuyer et d'enfoncer fortement son poing dans l'échancrure iléo-costale. Cet état persiste quelques semaines puis il laisse un peu de répit au malade. Mais au mois d'octobre 1892, une chute de voiture vient rendre la situation intolérable, bien que la région lombaire n'ait pas été le siège d'un traumatisme particulier et qu'une très légère hématurie en ait été la seule complication immédiate. Les crises douloureuses se répètent alors tous les quatre ou cinq jours et à heure fixe (2 heures de l'après-midi) et cessent environ douze heures après, au milieu de la nuit. Pendant ces crises, le malade est en proie à une agitation très vive, il se tord sur son lit. Aussitôt l'accès

terminé, il ne persiste qu'un endolorissement qui permet la marche et même des mouvements assez étendus sans que jamais l'exercice ait aggravé cet état.

C'est dans ces conditions que je vis le malade. Mon diagnostic fut : calcul du rein. Je fis continuer le traitement employé dès le début de l'affection, c'est-à-dire les grands bains, l'eau d'Évian, le régime antilithiasique, le benzoate de lithine, la glycérine vantée en ces derniers temps, et les révulsions locales sous forme de sinapismes et de pointes de feu, auxquelles on joignit la morphine pendant les accès. Ce traitement n'eut aucune action et au mois d'octobre le médecin du malade, M. le Dr Boursot, de Nuits, me l'envoyait de nouveau.

Les signes physiques étaient alors les suivants : A droite, aucune augmentation de volume du rein qui n'est pas perceptible par les manœuvres employées à cet effet. Douleur à la pression lombo-épigastrique simple ou combinée. La percussion de la région lombaire, surtout au niveau de la colonne vertébrale, réveille une douleur très vive dans la région rénale et le long de l'uretère; ce canal est peut-être un peu plus sensible à la pressiou que celui du côté opposé. L'examen par le toucher rectal ne détermine aucune douleur au niveau de l'embouchure de l'uretère dans la vessie. L'exploration vésicale est négative, il n'y a aucun calcul, et la vessie est également sensible dans toute son étendue. La région lombaire *gauche* n'est le siège d'aucune douleur à la pression ; le rein de ce côté n'est pas perceptible. Les urines sont jaune-pâle, de quantité un peu supérieure à l'ordinaire, 1,600 grammes. Elles laissent un dépôt nuageux au fond du bocal, mais la partie qui surnage est très limpide. Le dépôt est formé d'urates, d'oxalate de chaux, de cellules épithéliales de la vessie et de globules blancs, ce qui explique la mention « albuminurie en petite quantité » que donne l'analyse qualitative. Les autres appareils sont normaux, l'état général est satisfaisant, bien que le malade soit fatigué par la persistance de ses crises douloureuses. En présence de ces accidents, je n'hésite pas à proposer la néphrolithotomie, qui fut acceptée et pratiquée le 2 novembre 1893, à la maison de santé de la rue Bizet, avec l'aide de MM. Bresset et Huber et le concours de mon interne, M. Navarro.

Incision lombaire presque parallèle à la 12e côte, ayant 14 centimètres de long (le rein n'étant pas perceptible et par conséquent haut placé), partant de l'angle costo-lombaire et traversant méthodiquement les différents plans de la région. Elle passe au-dessus du grand nerf abdomino-génital. Discission de la capsule adipeuse du rein qui n'est pas hypertrophiée ni indurée. Je sens, dans le tiers supérieur de mon incision, l'extrémité inférieure de la glande, et dès le premier essai de palpation j'ai la sensation bien nette du frottement de plusieurs calculs les uns sur les autres, véritable *collision crépitante.* Dénudation lente de la face postérieure et du bord convexe du rein ; cette manœuvre se fait facilement pour le tiers inférieur de l'organe et permet l'exploration du hile dans lequel je sens un calcul longuement engagé dans l'uretère. En haut, au contraire, j'atteins difficilement la glande cachée derrière les côtes, et je ne sens, du reste, à son niveau, aucune induration sympto-

matique d'un calcul. J'arrive lentement à mobiliser l'organe entier et je le descends au niveau de la plaie, où je puis l'explorer facilement du doigt et de l'œil. Il est un peu plus gros qu'un rein normal, sa couleur est celle d'une glande saine; sa moitié inférieure contient des calculs, sa moitié supérieure présente sa consistance habituelle. Je reconnais son bord convexe, mais, avant de l'inciser, j'essaie de pratiquer, suivant mon procédé, l'*hémostase préventive par compression du pédicule*, soit entre les doigts d'un aide, soit entre les mors d'une pince spéciale.

Ici, cette manœuvre ne peut être exécutée avec la pince, parce que l'origine de l'uretère et le bassinet sont occupés par un gros calcul qui empêche de fermer les mors de l'instrument. Il en est tout autrement de la compression digitale, qui passe au-dessous de l'obstacle et reconnaît les vaisseaux. Incision de sept centimètres sur le bord convexe et l'extrémité inférieure de l'organe. Je traverse une épaisseur de parenchyme d'environ un centimètre et demi avant de sentir les calculs; cette incision se fait presque à blanc, grâce à l'hémostase préventive. J'extrais un premier calcul irrégulier, puis explorant avec le doigt, je trouve une pierre volumineuse, très irrégulière, enclavée de tous côtés par des prolongements multiples. Faisant alors écarter, par deux pinces à griffes larges, les deux bords de l'incision rénale, j'isole doucement le centre de la pierre des parois du bassinet et je vois deux longues cornes qui s'engagent dans les deux calices supérieurs et qui montent assez haut dans le rein. J'incise alors dans toute leur longueur les deux calices et le parenchyme rénal situé autour, et, dégageant ainsi les prolongements de la pierre, je la mobilise et je l'enlève toute entière. Elle a la forme d'une tête d'âne, dont le museau serait enfoncé dans l'uretère, et dont les deux longues oreilles, dressées en haut, étaient coiffées par les calices et le parenchyme rénal. Enfin, j'enlève encore un calcul branchu dans un des calices inférieurs.

Ayant alors exploré avec le doigt, avec une sonde cannelée et avec un explorateur métallique l'uretère et toutes les parties du rein, je m'assure qu'il ne reste aucun fragment, que l'uretère est perméable, que le rein ne présente pas trace de suppuration ou d'infection appréciable. Je fais la suture de toutes mes incisions intra-rénales au catgut et séparément, de façon à reconstituer anatomiquement l'organe (suture des calices). Puis, libérant de mes pinces les deux valves du rein, je réunis complètement l'incision rénale par six points de suture au catgut n° 2 passés en plein parenchyme. L'affrontement est fait aussi exactement que possible en évitant de serrer trop les fils, suivant les principes que j'ai exposés. On cesse alors la compression du pédicule (hémostase préventive) et l'hémostase définitive est obtenue par la suture des lèvres de l'incision rénale. Suture de la plaie lombaire en trois étages au catgut.

Un des fils qui a servi à suturer la plaie rénale est également fixé à la partie supérieure de la plaie des parties molles des lombes; il a pour but de réunir l'extrémité inférieure du rein à la plaie et d'assurer ainsi son contact, en même temps qu'il deviendrait une garantie en cas d'épanchement urineux. Réunion de la peau au crin de Florence, le tout sans aucun drainage. (Durée de l'opération, 40 minutes.) Les calculs

enlevés sont formés d'acide oxalique et de phosphates de chaux et d'acide urique (Huber). Ils pèsent à l'état sec 35 grammes.

Les suites opératoires sont absolument nulles. La température n'a jamais dépassé 37°4; le malade n'a pas souffert. Les points de suture ont été enlevés le neuvième jour; le quinzième, le malade se levait et il sortait de la maison de santé, n'ayant aucune douleur, le vingt-unième jour. Voici les quantités d'urine émises chaque jour :

Régime lacté absolu pendant les vingt jours (2 1/2 à 3 litres par jour).

1er jour........	1,500 grammes	11e jour........	2,900 grammes
2e —	1,700 —	12e —	2,300 —
3e —	1,600 —	13e —	2,450 —
4e —	2,300 —	14e —	2,200 —
5e —	3,000 —	15e —	1,150 —
6e —	3,400 —	16e —	2,550 —
7e —	2,500 —	17e —	2,200 —
8e —	2,600 —	18e —	2,000 —
9e —	2,500 —	19e —	1,850 —
10e —	1,800 —	20e —	2,400 —

Légère teinte rosée de l'urine pendant les deux premiers jours. L'urine devient complètement claire à partir du dixième jour. Au vingt-unième jour seulement, je permets au malade le régime mixte [1].

Le fait que je tiens à mettre en évidence a trait à l'*hémostase* dans cette opération. Dans divers travaux antérieurs, j'ai étudié à cet égard le siège d'élection dans les incisions chirurgicales du rein, et j'ai établi anatomiquement que le bord convexe devait être préféré aux parties latérales comme donnant un minimum d'hémorragie et un minimum de dégénérescence cicatricielle de parenchyme sécréteur; ces recherches ont été vérifiées, et mes conclusions ont été adoptées par Barth au dernier Congrès des chirurgiens allemands.

J'ai étudié également les procédés d'hémostase dans les opérations sur le rein; cette hémostase peut être temporaire, préventive, définitive; j'ai montré que la compression légère et prolongée suffisait à l'*hémostase temporaire*, et j'en ai établi les raisons anatomiques et physiologiques. La démonstration de ces faits me paraît de première importance en face des désastres auxquels on s'exposait en pratiquant la néphrotomie et en voulant appliquer à cette opération les procédés habituels d'hémostase temporaire par pincement; nombre d'opérés ont succombé à l'hémorragie. Si, en effet, on veut arrêter l'écoulement sanguin d'un vaisseau du rein au moyen d'une pince, on déchire tout simplement le parenchyme de l'organe et on crée deux sources d'hémorragie au lieu d'une seule. Si on

[1] J'ai eu des nouvelles de ce malade le 2 mars 1894. Il est en parfait état et n'a ressenti aucune douleur depuis son opération. Les urines sont normales.

veut poursuivre, on déchire ainsi tout le rein et on arrive jusqu'au hile que l'on doit lier; il ne reste plus alors d'autre ressource que d'enlever le rein, si on a la chance que le malade ne soit pas mort d'hémorragie avant ce moment. Je n'insisterais pas sur ces faits si la relation d'opérations récentes ne venait montrer que la *compression* en masse n'est pas encore pratiquée par tous les chirurgiens étrangers. J'attache beaucoup plus d'importance encore à l'*hémostase préventive*. Elle met à l'abri de tout accident, elle permet d'effectuer presque à blanc les incisions du rein, et elle rend possibles les explorations et les dissections intra-rénales les plus délicates et la reconstitution anatomique de l'organe. Lorsque l'artère et la veine sont prises dans une pince spéciale ou entre les doigts d'un aide, l'opérateur est maître de la situation et il peut opérer à loisir et avec précision. Les six opérations dans lesquelles j'ai appliqué cette méthode m'ont permis d'étudier comparativement les deux procédés que j'ai préconisés : compression *digitale;* compression *instrumentale*.

Quel que soit le procédé employé, cette hémostase préventive, pour être inoffensive et efficace, nécessite un certain nombre de conditions. Le rein doit d'abord être *libéré* complètement et bien exactement de sa capsule adipeuse et des brides cellulo-fibreuses qui le fixent en haut et en bas. Cette dénudation ne présente aucune difficulté et elle permet d'abaisser la glande dans le champ opératoire, d'en explorer les contours et le hile et d'aborder le pédicule. Pour aborder ce pédicule, les doigts ou les instruments doivent passer *au-dessous de l'extrémité inférieure du rein ;* c'est la voie la plus large, car en haut le champ opératoire est limité par le plan inextensible que constituent la 12ᵉ côte et l'aponévrose épaisse dite costo-lombaire. Ce n'est que dans les cas d'allongement tout spécial de ce pédicule, comme il arrive pour le rein flottant, qu'il serait possible à la rigueur d'aborder le pédicule en contournant l'extrémité supérieure de la glande. La *compression* du pédicule elle-même, qu'elle soit digitale ou instrumentale, est inoffensive. J'ai expérimenté à cet égard sur les animaux et j'ai vu qu'il était possible d'interrompre la circulation dans le rein et dans l'uretère pendant une demi-heure, sans que le fonctionnement de l'organe fût compromis. Une légère albuminurie, qui disparaît en quelques heures, en est la seule conséquence ; la fonction et l'organe reviennent à l'état physiologique. Quant au reflux possible du liquide urinaire dans le champ opératoire, il n'a pas le temps de s'établir, la vacuité de l'organe étant provoquée par la malaxation des manœuvres opératoires. D'ailleurs, ce reflux n'aurait d'importance que si le liquide sécrété était septique ; l'innocuité de l'infiltration de l'urine aseptique n'est plus à démontrer.

L'hémostase par compression *digitale* s'obtient très facilement : un aide, placé à droite de l'opérateur, introduit l'index et le médius suivant le bord concave du rein. Arrivé sur le pédicule, il reconnaît les battements de l'artère et les suit le plus loin possible du côté de l'aorte ; il écarte alors les deux doigts et serre les éléments du pédicule. Cette constriction ne nécessite qu'un effort très faible. La compression *instrumentale* se fait au moyen d'une pince chaussée de caoutchouc qui remplace les doigts de l'aide après avoir été glissée à leur place.

L'instrument que je vous présente, et dont les courbures ont été calculées de façon à pouvoir facilement aborder le pédicule et à occuper un espace minimum dans le champ opératoire, remplit les indications. L'élasticité de ses mors est telle que, serrée modérément, elle ne peut blesser les vaisseaux ni les altérer au point de faire craindre une oblitération. Cette pince doit être serrée très lentement, jusqu'à ce que les battements cessent d'être perçus au-dessus d'elle dans le pédicule. Quel que soit le procédé employé, cette hémostase préventive doit être prolongée jusqu'à suture parfaite du rein.

Le procédé de choix est l'hémostase par *compression digitale*. Elle est plus facilement graduée d'une façon exacte ; elle est plus douce et plus inoffensive pour les vaisseaux et ne risque pas d'exercer des tractions sur le pédicule pendant les manœuvres ultérieures sur le rein. Mais elle a l'inconvénient de nécessiter la présence des doigts d'un aide dans le champ opératoire déjà restreint. La *compression instrumentale*, faite par notre pince, gêne moins l'opérateur ; l'instrument tient peu de place et à la condition qu'on ne détermine aucun mouvement brusque à son niveau pendant l'opération, c'est un procédé inoffensif, qui présente cependant une contre-indication : quand l'uretère est occupé par une concrétion volumineuse et assez profondément engagé dans ce conduit, la compression digitale est seule possible. Les mors de la pince ne peuvent alors atteindre le pédicule vasculaire, et, seule, la compression digitale et intelligente peut reconnaître et comprimer les vaisseaux indépendamment de l'uretère.

L'*hémostase préventive et temporaire* est transformée en hémostase *définitive* par la suture des valves du rein, et ce n'est qu'après exécution parfaite de cette suture que la compression peut être levée ; l'organe devient alors turgescent, un léger suintement se fait au niveau des points de suture ; une compression légère de quelques minutes en a raison. L'absence d'hématurie consécutive à cette opération prouve bien l'efficacité de cette hémostase. Je n'ai jamais eu d'accidents chez mes six opérés.

J'insiste également sur les *manœuvres intra-rénales* que m'a

si largement facilitées l'hémostase préventive. Il n'est pas indifférent d'arracher un calcul en contusionnant ou en déchirant le parenchyme, ou, au contraire, d'inciser méthodiquement le rein pour enlever un calcul ou ses prolongements. Dans le premier cas, la plaie rénale se cicatrisera sous forme d'une zone scléreuse oblitérant plus ou moins loin les canaux excréteurs de l'organe et provoquant leur atrophie dans une étendue variable. L'incision des calices suturés bien exactement conserve au rein des canaux excréteurs suffisants et assurant *au maximum* son fonctionnement ultérieur.

Ces différents temps de la néphrolithotomie, exécutés avec les précautions que nous venons de signaler, en assurent l'innocuité. En mettant à l'abri du seul grand danger de cette opération, l'hémorragie, ils en assurent également le succès opératoire et thérapeutique, en permettant la reconstitution anatomique de l'organe et en rétablissant au maximum son fonctionnement ultérieur.

Présentation de malades.

1° *Suture du nerf radial.— Rétablissement immédiat des fonctions.*

M. Ch. Monod présente un malade auquel il a, il y a quatre jours, réséqué le nerf radial, pour névrome, sur une étendue de quatre centimètres. Il a pratiqué, séance tenante, la suture du nerf. Le malade, examiné le lendemain matin, ne présentait pas trace de paralysie des extenseurs et pas d'autre trouble de la sensibilité qu'un léger « engourdissement » sans anesthésie vraie, du pouce. Ce trouble ne persiste pas aujourd'hui ; tous les mouvements de la main demeurent possibles.

M. Sée. Les faits analogues à celui que vient de nous faire connaître M. Monod ne sont pas extrêmement rares. Il serait difficile de les faire concorder avec les notions que nous possédons sur la physiologie des nerfs. Quelques-uns de nos collègues se souviendront peut-être d'une jeune fille que j'ai eu l'honneur de présenter à la Société de chirurgie en 1881[1], et qui, malgré une résection étendue du nerf sciatique poplité interne, sans suture des deux bouts, avait conservé l'usage parfait de son membre inférieur. J'ajouterai à la note consignée dans nos Bulletins que la jeune opérée allait au bal et dansait avec beaucoup d'entrain sans éprouver la moindre gêne. Plus tard, malheureusement, la tumeur

[1] *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, t. VII, p. 531.

enlevée avec le segment du nerf récidiva et l'amputation de la cuisse dut être pratiquée.

M. Quénu demande à M. Monod si le nerf a été réséqué avant sa division en branche antérieure et postérieure. Pour lui, lorsque la section porte sur le tronc avant que la branche motrice s'en soit détachée, la conservation et le retour des mouvements sont tout à fait impossibles. Peut-être dans le cas de M. Monod cette division était-elle prématurée.

M. Reynier ne croyait pas non plus à la possibilité de faits semblables. Mais récemment ayant coupé accidentellement le nerf sciatique et l'ayant suturé immédiatement il a constaté que la malade ne présentait aucun phénomène attribuable à cette section.

M. Monod s'est assuré de la hauteur à laquelle avait porté la section du nerf radial; c'était exactement à 7 centimètres au-dessus de l'épicondyle, bien au-dessus par conséquent de la bifurcation du nerf.

2° *Lymphangiome volumineux du cou, traité avec succès par des injections interstitielles de la solution de chlorure de zinc*, par M. Darier.

3° *Resection du nerf maxillaire supérieur pour névralgie faciale*, par M. Poirier.

4° *Volumineux sarcome de la cavité abdominale chez un enfant de 4 ans, portant une chéloïde cicatricielle de la région sous-maxillaire; extirpation par la laparotomie; guérison.*

Par M. E. Kirmisson.

Le nommé L... Louis, âgé de 4 ans, nous est présenté le 12 octobre 1893 à notre consultation, portant une volumineuse tumeur de la moitié gauche de l'abdomen, qui fait à travers les parois un relief manifeste. Elle confine en bas à la branche horizontale du pubis sur laquelle il est impossible de lui imprimer des mouvements. Elle dépasse à droite la ligne médiane et remonte par en haut un peu au-dessus de l'ombilic. Son grand diamètre transversal mesure 16 centimètres, son diamètre vertical 12 centimètres. La tumeur, en totalité, possède une très faible mobilité sur les parties profondes. Sa consistance est très inégale; très dure vers sa ligne médiane, elle offre au contraire une

rénitence manifeste du côté gauche. Le développement a été extrêmement rapide. La mère s'en est aperçue il y a un mois ; le volume était alors celui d'un œuf de dinde, depuis lors, il a doublé. Rien du côté des fonctions digestives ; urines normales, mais, à certains jours, on note de la fréquence dans les mictions. Les deux testicules sont dans le scrotum ; ce qui élimine l'idée d'une tumeur développée aux dépens d'un testicule en ectopie. D'autre part, la tumeur ne s'avance pas dans la fosse lombaire ; il ne s'agit donc pas d'un néoplasme du rein. Il est difficile de dire aux dépens de quels tissus la tumeur a pris naissance ; sa consistance inégale, sa marche extraordinairement rapide permettent d'affirmer qu'il s'agit d'un sarcome. Circonstance intéressante, cet enfant a reçu une brûlure au cou à 14 mois ; la cicatrice occupant la région sous-maxillaire gauche est devenue le point de départ d'une chéloïde qui, opérée, a récidive.

Le 23 octobre 1893, nous procédons à l'extirpation de cette tumeur par la laparotomie. L'enfant étant endormi, une incision verticale est pratiquée parallèlement au bord externe du muscle grand droit antérieur de l'abdomen du côté gauche, sur la partie la plus saillante de la tumeur. Le péritoine ouvert, on aperçoit, dans la partie supérieure de l'incision, quelques anses intestinales et, en bas, la tumeur enveloppée d'un second feuillet péritonéal, ce qui dénote clairement que son point d'origine est rétro-péritonéal. Ce second feuillet péritonéal incisé, l'index décolle à la périphérie de la tumeur un certain nombre de brides fibreuses qui sont sectionnées entre des pinces. Il en est une notamment, au côté interne, dans laquelle est contenue une grosse artère qui donne un jet volumineux et nécessite une ligature. La tumeur est isolée peu à peu, mais elle continue à adhérer solidement par sa partie postérieure à la paroi latérale gauche du petit bassin dans lequel elle s'enfonce. Cependant, à force de décoller et de sectionner des brides fibreuses, il est possible, à un moment donné, d'ébranler la masse et de la faire pivoter de dedans en dehors autour de son pédicule. La tumeur tombe alors et laisse libre une large capsule fibreuse. L'enfant faisant des efforts, l'intestin tend à se propulser en dehors de la cavité abdominale, on le maintient avec des éponges. La partie supérieure de l'incision est fermée par cinq points de suture profonde. La poche fibreuse elle-même est reliée à la paroi par quelques points de suture et tamponnée à la gaze iodoformée.

Les suites de cette intervention ont été tout à fait simples ; à noter seulement le temps assez long qu'a mis la capsule fibreuse résultant de l'ablation de la tumeur à se combler. C'est au bout de deux mois seulement que la suppuration a été tout à fait tarie ; aujourd'hui, trois mois après l'opération, l'enfant est très bien portant et ne présente aucun indice de récidive.

La tumeur, examinée à l'amphithéâtre des hôpitaux par M. le Dr Lesage, a été considérée par lui comme un fibro-sarcome diffus, où les éléments cellules et fibres conjonctives sont en quantités à peu près égales. Quel a été son point de départ? c'est ce qu'il nous

est difficile de préciser. Peut-être s'agit-il d'un sarcome développé dans un des ganglions environnant l'artère iliaque externe ; peut-être est-ce seulement un sarcome de la gaine celluleuse de cette artère, analogue aux sarcomes des gaines vasculaires qu'on rencontre dans l'aisselle, dans l'aine, au creux poplité. Quoi qu'il en soit, il est intéressant de noter la coïncidence chez cet enfant de ce volumineux sarcome de l'abdomen avec la chéloïde cicatricielle de la région sous-maxillaire. Non pas que nous considérions le sarcome de l'abdomen comme une tumeur secondaire, mais bien comme une tumeur similaire, traduisant chez cet enfant l'existence d'une véritable diathèse néoplasique, diathèse fibreuse ou fibro-plastique, comme on eût dit au temps de Lebert.

Présentation d'instrument.

M. Lejars présente un *foret perforateur osseux*, qui est l'adaptation chirurgicale de l'instrument de même nom qui sert dans l'industrie. Avec ce foret, dont le maniement est facile et n'exige pas d'effort, on troue aisément et vite des os d'une grande dureté, comme un tibia d'adulte, et l'on obtient des perforations régulières et sans éclats. Il paraît surtout applicable pour les os volumineux, épaissis et compacts.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,
Peyrot.

Séance du 31 janvier 1894.

Présidence de M. Championnière.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Deux observations intitulées : *Balle de revolver enkystée à*

la base du cerveau; et *Taille hypogastrique, suture totale de la vessie,* par M. Sorel (du Havre) (M. Championnière, rapporteur);

3° Lettre invitant la Société à prendre part au 8e Congrès international d'hygiène et de démographie qui sera tenu à Budapest du 1er au 9 septembre 1894.

A propos du procès-verbal.

A propos de la communication de M. Tuffier sur la néphrolithotomie.

M. Le Dentu. Dans la dernière séance, M. Tuffier vous a fait une communication sur plusieurs cas de néphrolithotomie et sur l'hémostase provisoire dans le cours de cette opération. Son travail, qui a été reproduit dans la *Gazette des hôpitaux* du 29 et dans le *Mercredi médical* d'aujourd'hui, renferme le paragraphe suivant :

« J'ai étudié la néphrolithotomie au point de vue expérimental ; j'ai eu l'occasion d'appliquer, dans six opérations, les principes que l'expérimentation m'avait permis d'établir et j'ai reconnu qu'ils s'appliquaient de tout point à la chirurgie. *Ils ont d'ailleurs été adoptés généralement.* C'est ainsi que l'incision sur le bord convexe du rein, l'hémostase préventive, la *suture complète* de l'incision rénale sont aujourd'hui admises et pratiquées. »

Bien loin de contester la valeur des expérimentations de M. Tuffier, je ne m'étonne en rien qu'il ait pu appliquer de tout point à la chirurgie les principes qu'il en avait déduits. Mais il y a un point d'histoire que je tiens à mettre en relief aujourd'hui, c'est que j'ai été le premier à suturer la plaie *du parenchyme rénal* après la néphrolithotomie, sans y être amené par des expérimentations personnelles ni par celles de M. Tuffier.

Quelques dates suffiront pour la démonstration de ce que j'avance.

Le 18 février 1888, *trois mois avant la première communication* de M. Tuffier à la Société anatomique sur la cicatrisation des plaies du rein par première intention, je pratiquais à l'hôpital Saint-Louis une néphrolithotomie sur un rein non suppuré. L'observation, qui occupe trois grandes pages de mon *Traité* (p. 645 et suiv.), renferme les détails que voici :

« Le rein, légèrement tordu sur son pédicule, est amené entre les lèvres de la plaie. Je fais sur la partie bosselée une incision presque transversale qui entame le bassinet et j'extrais avec les

doigts un calcul ayant la forme et les dimensions d'un gros noyau d'olive. Quelques fragments sont ramenés des calices vers le bassinet au moyen des curettes réfléchies. L'aiguille à acupuncture, introduite plusieurs fois le long du bord convexe, rencontre des tissus fibreux et donne aux doigts la sensation d'un frottement rude. Dans le doute, *je fends le bord convexe* et j'ouvre de ce côté la cavité, mais je n'y trouve plus de fragments. *Je pratique alors la suture des deux plaies du rein* au moyen d'une aiguille courbe à manche. Trois fils sont placés *sur la plaie du bord convexe*, cinq sur la plaie transversale. Aussitôt l'écoulement en nappe, assez abondant jusque-là, d'un sang rutilant, s'arrête entièrement et les points suturés du rein prennent une coloration bleuâtre. »

Je reconnais que, dans ce cas, l'incision sur le bord convexe n'était pas préméditée et que je n'y ai été amené que secondairement, par la crainte que la première n'eût pas été suffisante ; mais pour ce qui est de la suture, il me semble qu'il n'y a pas d'équivoque possible. Czerny avait placé cinq points de suture sur le bassinet et avait obtenu la réunion immédiate. Dans le cas relaté plus haut, je suturai le bassinet et *le parenchyme rénal lui-même.* Un peu d'urine passa, peut-être par la plaie du bassinet, et la guérison ne fut absolument complète qu'en vingt-cinq jours.

J'obtins un succès très rapide et complet à la suite d'une deuxième opération pratiquée par moi le 23 février 1889 et à laquelle M. Tuffier m'avait demandé d'assister. J'incisai d'emblée, cette fois, le rein sur son bord convexe et la plaie rénale, suturée au moyen de sept fils de catgut n° 3, se réunit si bien que pas une goutte d'urine ne s'échappa les jours suivants.

Pour moi la technique de la néphrolithotomie était fixée, et c'est uniquement en me basant sur mon expérience personnelle que j'écrivis le chapitre de médecine opératoire relatif à cette question toute nouvelle (*Traité des affections chirurgicales des reins*, p. 631 et suiv.). Je ne crois pas me faire illusion en pensant que ce long chapitre, où les indications de la suture sont discutées comme elles le méritent, n'a pas été tout à fait inutile aux chirurgiens qui ont eu à enlever des calculs des reins.

Revenons maintenant un peu en arrière. Le 18 mai 1888, trois mois jour pour jour après ma première opération, M. Tuffier communiquait à la Société anatomique un travail sur la cicatrisation des plaies du rein par première intention. Environ un mois après, je faisais connaître mon opération à l'Académie de médecine. En octobre 1889, je lisais l'observation de mon second opéré au Congrès de chirurgie.

Il résulte clairement de tout ce qui précède que, si M. Tuffier a poursuivi et démontré par la voie expérimentale sur des chiens la

possibilité de porter des sutures en plein parenchyme rénal, j'avais démontré sur l'homme, trois mois avant la première publication de ses expériences, l'efficacité et l'immunité de ces sutures.

C'est en suivant une idée personnelle, née dans les conditions que je viens d'indiquer, que j'ai mis en pratique une deuxième fois la suture de la plaie rénale, et non en m'inspirant d'expériences postérieures en date à ma première tentative. Nous sommes donc arrivés, M. Tuffier et moi, au même but par des voies différentes, lui par l'expérimentation sur des chiens, moi par l'application immédiate sur l'homme du principe de la suture, qui est devenu fondamental dans la néphrolithotomie des reins non suppurés.

Je n'ai plus rien à ajouter en ce qui concerne cette question de priorité. Je serai bref à l'endroit des autres questions soulevées par M. Tuffier.

S'il préconise aujourd'hui l'hémostase provisoire au moyen des pinces dans certains cas, le passage suivant montre qu'il n'en a pas toujours été partisan :

« Je place mes doigts, ou ceux d'un aide, sur le pédicule et je comprime entre deux doigts les vaisseaux du hile. Je considère cette pratique comme de beaucoup préférable à toutes les pinces, chaussées ou non. Je tiens alors l'organe dans l'attitude même où on le place dans la main pour le fendre dans une autopsie » (*Bull. de la Soc. anat.*, séance du 18 mai 1888, p. 568.).

Il est de fait que cette façon de procéder, que j'ai adoptée dès ma première opération, est la plus simple et suffit habituellement pour empêcher l'écoulement sanguin d'être inquiétant.

Il ne faudrait pas non plus croire que cet écoulement est beaucoup moindre lorsqu'on a fait l'incision sur le bord convexe du rein. Pour provenir de vaisseaux capillaires et de très petites artérioles, il n'en est pas moins assez abondant, mais il l'est certainement plus que si l'on incise sur une bosselure du parenchyme, située sur une des faces et correspondant à une vacuole occupée par un calcul. Là, en effet, le tissu est modifié par une inflammation chronique et, par suite, moins vasculaire. Ce n'est donc pas en se plaçant au point de vue de l'hémorragie que l'incision sur le bord convexe peut être préconisée comme la meilleure (sur mon premier opéré, la plaie du bord convexe a plus saigné que celle de la face postérieure) ; c'est bien plutôt parce que, là où le parenchyme a gardé une texture normale ou se rapprochant de la texture normale, les chances de succès de la suture sont plus grandes. Aussi, tout en faisant des réserves pour certains cas où l'incision directe sur l'alvéole du calcul, quelque point de parenchyme qu'il occupe, serait préférable (voir mon *Traité*, p. 637), je suis de l'avis de M. Tuffier relativement à la supériorité de l'incision du bord

convexe dans la plupart des cas. Avec ou sans hémostase provisoire, on peut ainsi mener à bien assez rapidement cette intéressante opération qui compte parmi les plus belles de la chirurgie rénale.

Suite de la discussion du prolapsus utérin.

M. Bouilly. Messieurs, je m'excuse presque de rentrer dans un débat qui paraît épuisé; la plupart des documents que j'aurais moimême fournis en réponse à la communication de M. Quénu ont été plus ou moins largement exposés par plusieurs de nos collègues et en particulier par MM. Segond, Richelot, Reclus et autres. Je serai donc très bref et je ne donnerai ici que le résultat de mon observation et de ma pratique personnelles.

Je n'ai pas d'expérience pour juger la valeur de l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement du prolapsus utérin, n'ayant qu'une seule fois pratiqué cette opération dans ce cas et pour ainsi dire par surprise. Il s'agissait d'une vieille femme, d'une soixantaine d'années, ayant son utérus complètement prolabé et sorti de la vulve, chez laquelle un examen insuffisant m'avait fait croire à un prolapsus avec allongement hypertrophique sus-vaginal du col. Je me proposai de lui faire une amputation sus-vaginale suivie d'une colpo-périnéorraphie. Au premier coup de bistouri, le cul-de-sac péritonéal postérieur se trouva largement ouvert et je m'aperçus de suite qu'au lieu d'être volumineux et allongé, l'utérus était petit, atrophique et sorti de la vulve presque en totalité; je me décidai aussitôt à l'hystérectomie vaginale qui fut d'une simplicité extrême dans son exécution et dans sa suite et, comme le vagin était petit, court et peu prolabé, je ne fis pas d'opération vaginale complémentaire. Je n'ai plus entendu parler de cette malade; ce qui me laisserait supposer qu'elle s'est trouvée satisfaite de la condition dans laquelle l'a mise cette hystérectomie.

Je dois à la vérité de reconnaître que dans ce cas particulier, l'hystérectomie vaginale était l'opération de choix et qu'elle n'eût pas été avantageusement remplacée par toute autre intervention.

Mais, je m'empresse d'ajouter qu'il s'agit là d'un cas exceptionnel, que la malade présente très probablement aujourd'hui un prolapsus vaginal et que si l'on se résout pour une raison plausible à faire l'hystérectomie, il est indispensable de la faire suivre d'une restauration vagino-périnéale.

En effet, dans tous les autres cas que j'ai observés, j'ai cru devoir me contenter d'opérations plastiques et je les ai toujours trouvées suffisantes, si elles sont bien exécutées.

Je ne reviendrai pas sur le mécanisme des prolapsus génitaux, bien connus de tous, je me contenterai de résumer dans des propositions concises, les résultats d'observations faites par la plupart des chirurgiens et contrôlées par un grand nombre de faits :

1° Dans les prolapsus génitaux, les complications de fibromes, de lésion des annexes, de néoplasmes malins sont tout à fait exceptionnelles et ne sauraient créer de nouvelles indications pour le traitement du prolapsus ; car dans ces cas, c'est la lésion néoplasique de l'utérus ou la lésion infectieuse des annexes qu'il faut viser et le traitement du prolapsus ne vient qu'en seconde ligne ;

2° Dans les prolapsus génitaux, ce sont les parois vaginales antérieure et postérieure qui jouent les grands premiers rôles ; l'utérus ne fait que suivre leur affaissement et ne le suit pas toujours. La preuve en est fournie par l'observation journalière qui montre la cystocèle et la rectocèle précédant de longtemps l'abaissement de l'utérus, et par l'excellence des résultats obtenus par la colporraphie précoce pratiquée avant cet abaissement qui se trouve ainsi prévenu ou arrêté.

3° Une variété de prolapsus génital, l'allongement hypertrophique sus et sous-vaginal du col, avec ou sans affaissement vaginal, entraîne la nécessité d'une autre opération, l'amputation conoïde du col, suivie le plus souvent d'une colporraphie antérieure et d'une colpopérinéorraphie.

4° Simples ou combinées, suivant les cas, ces opérations réparatrices, *bien exécutées*, sont suivies des résultats les plus satisfaisants.

J'insiste, Messieurs, sur les mots *bien exécutées* ; car on peut affirmer que de la bonne ou mauvaise exécution de ces opérations découlent leurs bons ou mauvais résultats.

J'en ai acquis maintenant une certaine expérience ; actuellement j'ai pratiqué 160 opérations de colporraphie ou colpopérinéorraphie, combinées ou non avec des opérations plastiques sur le col utérin, et je puis dire que soit pour prévenir, soit pour guérir les prolapsus génitaux, j'ai obtenu des résultats très satisfaisants. Ces résultats se sont grandement améliorés par la pratique répétée de ces opérations et j'ai conscience de les exécuter aujourd'hui infiniment mieux qu'il y a quelques années.

5° Il est nécessaire de bien se rendre compte du but que l'on cherche à atteindre par des opérations plastiques et réparatrices.

Quel que soit le procédé opératoire mis en œuvre, il faut *rétrécir* et *fermer*. *Rétrécir*, c'est-à-dire diminuer l'ampleur des parois vaginales devenues trop lâches et trop grandes par une mauvaise involution après l'accouchement, par la rupture sous-muqueuse des fibres musculaires sous-jacentes, par des troubles de nutrition

consécutifs; *fermer*, c'est-à-dire reconstituer un corps périnéal qui remonte et relève les tissus et donne un orifice vulvo-vaginal solide, ferme et sans béance. Toute opération dans laquelle le vagin n'est pas ramené à l'état de cavité virtuelle par le rapprochement et le contact des parois vaginales antérieure et postérieure dans toute leur étendue, est à l'avance entachée de nullité et laissera rapidement se reproduire le prolapsus génital. L'excellence des résultats n'est obtenue que par de grands avivements, commençant haut, étendus en largeur, aussi superficiels que possible, et par des sutures solides embrassant et rapprochant une grande épaisseur de tissus.

Quand je fais une de ces opérations, c'est une de mes formules favorite de répéter « qu'il *faut avoir l'air d'avoir trop fait pour avoir fait assez* ».

En m'attachant à ces principes, j'ai obtenu des résultats très satisfaisants et prolongés. Si parfois on observe un insuccès partiel, il porte sur la reproduction d'un léger degré de cystocèle ou de rectocèle à la partie inférieure des paroies vaginales, près de la vulve, là ou le soutien périnéal est en défaut. L'utérus reste néanmoins soutenu et élevé, et il est fixé d'une façon définitive quand on a pratiqué l'amputation du col par le procédé d'Huguier ou d'Hégar.

Ces insuccès ne sont dus qu'à une mauvaise exécution de l'opération ou à un défaut dans sa suite, soit l'insuffisance de l'avivement, soit le manque de réunion, primitif ou secondaire.

L'ablation de l'utérus n'aurait remédié en rien à l'insuffisance du résultat.

Aussi, en principe, je rejette absolument, dans le traitement des prolapsus génitaux, soit l'hystéropexie, soit l'hystérectomie; ces opérations ne pourront s'adresser qu'à des cas *tout à fait exceptionnels* et pareille intervention semble tout à fait hors de proportion avec des lésions que peuvent utilement réparer de simples opérations anaplastiques.

M. Quénu proteste contre la pensée que semble lui prêter M. Bouilly, de vouloir étendre l'hystérectomie au traitement de presque tous les prolapsus. Il n'a rien dit de semblable, et il tient à le déclarer hautement.

M. Pozzi. J'ai eu quelque surprise à voir l'hystérectomie pour prolapsus présentée par certains de nos collègues comme une nouveauté. Sans parler des cas anciens, épars dans la littérature médicale, et qu'on pourrait appeler *sporadiques*, les indications et la technique de cette opération me paraissaient parfaitement établies par le mémoire capital de Robert Asch, paru en 1889 sous l'inspiration de Fritsch. C'est d'après lui que, la même année, en

rédigeant mon Traité de gynécologie, j'ai mentionné le mode de traitement exceptionnel et admis sa légitimité dans des cas déterminés. Je l'ai mis en usage plusieurs fois, sans croire devoir publier des observations qui me paraissaient banales. Mais la discussion actuelle prouve qu'il n'était pas inutile de revenir sur ce sujet et que, comme le disait naguère encore M. Reclus d'un autre procédé opératoire (la position déclive dans la laparotomie dont il est depuis devenu l'adepte) « cette opération n'est pas encore entrée dans la pratique ». On doit donc féliciter M. Quénu d'y être revenu.

Quelles sont ses indications? Quel est le manuel opératoire? Quels sont les résultats? Voilà les questions sur lesquelles chacun de nous est aujourd'hui appelé, par ce supplément d'enquête, à donner sa contribution personnelle.

Il va sans dire que l'on doit restreindre ce sujet à l'hystérectomie pour prolapsus simple et ne pas y comprendre toute hystérectomie faite sur un utérus fibreux ou cancéreux qui peut se trouver prolabé.

1° *Indications.* — L'hystérectomie vaginale ou abdominale (vous savez qu'on a fait l'ablation de l'utérus par l'une et l'autre méthode dans ces cas-là) n'est pas un mode suffisant de traitement du prolapsus génital. Isolée, cette opération est toujours impuissante; le fait est surabondamment démontré par de nombreuses observations. Elle n'est donc légitime que lorsqu'elle constitue un temps indispensable d'une combinaison opératoire dont l'élément principal est la reconstitution du plancher périnéal. La colpopérinéorraphie est, en effet, ce qu'il y a de plus important à faire dans tout prolapsus génital, soit complet, soit incomplet. Mais pour que cette opération soit possible ou d'un effet durable dans les prolapsus complets avec allongement hypertrophique du col utérin et développement exagéré des parois vaginales inversées, il faut d'abord réduire le volume des parties qui, comme dans les anciennes hernies, ont *perdu droit de domicile;* sans cela l'utérus allongé et le vagin exubérant que vous aurez refoulés au-dessus du périnée reconstitué feront une pesée telle sur votre suture qu'elle échouera d'emblée ou se laissera distendre par la suite. (J'avais d'abord dans les cas de ce genre pratiqué l'opération de Huguier ou amputation conoïde du col de l'utérus. J'y ai depuis tout à fait renoncé. Cette opération est en effet aussi difficile que l'hystérectomie totale et elle donne des résultats moins complets; de plus, elle expose à l'atrésie du col qui peut amener l'hydrométrie même après la ménopause, ainsi que je l'ai observé.)

Ce point de vue capital paraît avoir échappé à la majorité des chirurgiens : les uns ont essayé de réduire à tout prix les parties prolabées et de coudre le périnée par-dessus : ils ont échoué pour

les raisons que je viens de signaler. Les autres, guidés par une idée inverse mais également simpliste, se sont bornés à exciser les organes herniés en laissant au *collet du sac*, c'est-à-dire au canal vulvo-vaginal, toute l'ampleur et toute la béance qui avaient permis le prolapsus complet. Ils ont eu aussi des échecs.

Il faut se conduire. dans ces cas-là, d'après les règles générales qui nous guident dans la cure radicale des grosses hernies épiploïques tout en faisant la part, bien entendu des grandes différences qu'on ne saurait oublier (je ne ferais ici qu'un rapprochement, et non une assimiliation) ; reconstituer la paroi abdominale, voilà le point capital : pour y arriver on réduit si on le peut l'épiploon, et si on n'y parvient pas facilement, sans effort et tension excessive, on le résèque.

Il ne pourra donc s'agir d'hystérectomie, à mon sens, dans le prolapsus génital complet, que lorsque l'on trouve par la palpation et le cathétérisme l'utérus allongé ou hypertrophié de telle sorte que sa réduction portera un obstacle évident au succès de la reconstitution du périnée. En pareil cas le vagin renversé a aussi pris des dimensions exagérées, si bien que les mêmes raisons existent pour en supprimer un segment : l'hystérectomie vaginale doit donc être alors, dans toute l'acception étymologique du mot, une *colpohystérectomie*.

Y a-t-il des contre-indications à cette indication capitale ?

Je n'en reconnais guère que deux : le jeune âge relatif, c'est-à-dire l'éloignement de la ménopause permettant d'espérer des enfants. Mieux vaut alors, sûrement, porter remède à l'infirmité par des moyens moins radicaux, moins par des palliatifs, comme sont les hystérophores. Mais, à vrai dire, cette contre-indication se présentera rarement, car ce sont presque toujours des femmes ayant dépassé la ménopause ou près de l'atteindre qui sont atteintes de prolapsus *complets*, c'est-à-dire avec issue de l'utérus hors de la vulve.

Une autre contre-indication, plus importante à spécifier, c'est la débilité sénile, la déchéance vitale résultant d'une lésion organique du cœur, des poumons, des reins, ou de toute autre cause. Un de nos collègues nous a signalé un cas de mort, survenu assez rapiment après l'opération, et probablement influencée par une condition de ce genre; une malade de Fritsch, morte le dixième jour, était atteinte de néphrite interstitielle. J'ai moi-même perdu une de mes opérées, emphysémateuse et cardiaque, qui a été emportée par une congestion pulmonaire. Il ne faut pas oublier en effet que ces opérations sont toujours assez longues, et que l'on ne soumet pas impunément de pareils sujets à une anesthésie et à un refroidissement prolongés.

J'arrive au second point que je veux aborder devant vous : la technique.

2° *Manuel opératoire.* — L'hystérectomie est, pour moi, un temps complémentaire, quoique initial, de l'opération complexe du prolapsus génital complet. L'ablation de l'utérus comporte ici l'ablation du segment vaginal éversé, une *colpectomie* concomitante. L'une et l'autre de esc opérations, préliminaires, au point de vue chronologique, est accessoire au point de vue thérapeutique et réellement complémentaire. Le point capital dans le traitement de tout prolapsus est le renforcement du plancher périnéal, la cessation de la béance et l'occlusion physiologique, sinon anatomique, de la vulve.

Pour réaliser ce programme, Fritsch a depuis longtemps enseigné une technique que je crois excellente et à laquelle je me suis conformé dans ses lignes essentielles, tout en lui faisant subir d'assez notables modifications.

Voici comment je procède :

Je commence par circonserire au bistouri un grand lambeau triangulaire sur la paroi vaginale antérieure ; son sommet répond au voisinage du méat urinaire, et en est distant de 2 ou 3 centimètres au plus. La base du triangle comprend dans son écartement le col utérin dont il longe les côtés. Un petit lambeau triangulaire analogue est dessiné au bistouri sur la paroi postérieure ; ces deux triangles inégaux se confondent par leur base et forment par leur ensemble un losange très allongé d'avant en arrière.

Je dissèque alors aux ciseaux les deux lambeaux de la muqueuse du vagin. Pour faciliter ce temps, il faut placer une sonde d'homme dans la vessie et en promener le bec sous l'endroit que l'on dissèque. Il faut également bien tendre la partie à l'aide de pinces tire-balles fixées sur les limites du champ opératoire, ou d'anses de fil solide passées à travers la muqueuse. Lorsque les deux lambeaux vaginaux sont disséqués et pendent en avant et en arrière du col, on se trouve dans les conditions de l'hystérectomie ordinaire, avec cette différence que la vessie affecte ici des rapports plus intimes et plus étendus avec le col de l'utérus élongé. Je dissèque aux ciseaux la vessie et à mesure que le col utérin devient libre je l'incise de bas en haut sur sa face antérieure, et je fixe les pinces sur la tranche de l'incision de manière à abaisser de plus en plus l'organe. On peut ainsi arriver dans certains cas jusqu'au cul-de-sac vésico-utérin ; mais si l'on éprouve trop de difficultés, on doit renoncer à l'atteindre d'emblée, et passer immédiatement au temps suivant. Celui-ci consiste dans l'ouverture du cul-de-sac de Douglas avec les ciseaux. Par cette ouverture, on peut alors recourber les doigts en crochet

par de là l'utérus et grâce à cette manœuvre déprimer le cul-de-sac utérin et parvenir à l'inciser. L'utérus étant ainsi complètement dégagé sur ses deux faces, on procède à la ligature des ligaments larges avec des fils de soie et à leur incision. On place d'abord un fil de chaque côté, à la partie inférieure des ligaments; on parvient ainsi à dégager suffisamment l'utérus pour pouvoir saisir sa face postérieure et le faire basculer d'avant en arrière pour achever de lier les ligaments larges de leur sommet à leur base.

Aucune manœuvre spéciale n'est nécessaire pour fixer le fond du vagin aux moignons des ligaments larges; le processus cicatriciel se chargera de ce soin.

Reste à réunir la large plaie vaginale qui laisse à découvert une grande partie de la surface de la vessie. En avant, cette réunion est faite au catgut à l'aide d'une suture continue à trois plans superposés. En arrière, on place simplement quelques points séparés de suture au catgut de manière à réunir la plaie qui résulte de l'ablation du lambeau vaginal postérieur. Avant de les serrer, on introduit une mèche de gaze iodoformée, au niveau de l'espace qu'occupait l'utérus enlevé, pour le drainage.

Enfin, dans un dernier temps, on pratique une périnéorraphie par dédoublement, selon le procédé de Lawson-Tait. C'est là, je le répète, le point capital de l'opération, quoique par son peu de durée et sa facilité relatives il paraisse n'être qu'accessoire.

3° *Résultats.* — Il est excessivement difficile pour toute opération faite à l'hôpital de connaître les résultats éloignés, surtout lorsqu'ils sont satisfaisants. Les malades guéries reviennent rarement se soumettre bénévolement à un nouvel examen, et il est souvent très difficile de retrouver leur adresse après des années écoulées. C'est ce qui m'est arrivé pour les femmes à qui j'ai pratiqué l'hystérectomie avec large colpectomie, et je ne puis guère vous mentionner que les résultats suivants :

Le 8 mai 1891, j'ai opéré par le procédé de Fritsch modifié, que j'ai exposé, une vieille femme, Louise L..., atteinte d'un prolapsus complet. Elle est sortie le 4 juin (moins d'un mois après) guérie, ne présentant plus qu'un peu de cystocèle : elle est revenue ultérieurement subir une périnéorraphie (procédé de Hegar). Elle était tout à fait guérie de son prolapsus et pouvait se livrer à ses travaux qu'elle avait auparavant dû interrompre.

Le 21 mars 1892, j'ai fait la colpohystérectomie à une femme de 41 ans (Blondine G...) qui présentait un prolapsus complet de l'utérus et du vagin. Il y avait aussi quelques petits corps fibreux interstitiels et une xophoro-salpingite double avec hématosalpino à gauche. La malade était emphysémateuse et cardiaque; l'opération

dura longtemps, et j'attribue à ce fait le développement rapide d'une congestion pulmonaire intense qui l'emporta le lendemain, après une élévation brusque de température (39°). On pourrait, à la rigueur, distraire cette observation des opérations pour prolapsus simple, en raison des lésions concomitantes; mais, au point de vue clinique, c'était bien le prolapsus qui constituait pour la malade, l'élément principal de la maladie, et qui lui rendait tout travail impossible. Il importait, du reste, de vous signaler ce cas, qui montre la gravité d'une opération un peu longue sous l'anesthésie, chez les malades atteints de lésions organiques. J'ajoute que cette femme présentait des vaisseaux très dilatés et a perdu relativement bien plus de sang que les autres opérées. Cela était probablement dû à la présence des fibromes et au varicocèle tubo-ovarien qui les accompagnent si souvent, ainsi que j'en ai publié des cas dans la thèse de mon élève Roussan.

Le 14 avril 1892, troisième colpohystérectomie pour prolapsus utérin et vaginal (avec allongement hypertrophique du col, comme dans les cas précédents). La malade sortit guérie le 6 mai, trois semaines après, conservant un peu de prolapsus vaginal. Elle devait revenir pour une périnéorraphie complémentaire et je ne l'ai pas revue. J'en conclus qu'elle est assez améliorée pour continuer son travail.

Enfin je vous ai présenté dernièrement une quatrième malade, âgée de 56 ans, opérée le 15 décembre 1893, sortie de l'hôpital *trois semaines* après son opération, complètement guérie. Elle a subi, en une seule séance, l'hystérectomie, la colporraphie et la périnéorraphie. La durée totale de ces trois opérations a été de quarante-cinq minutes. C'est pour éviter une trop longue anesthésie que je m'étais, jusqu'ici, abstenu de faire le même jour l'hystérectomie, la colporraphie et la restauration du périnée. Mais sachant, par expérience, que les malades reviennent rarement faire compléter leur opération première, je n'ai pas hésité, cette fois, à terminer tout en une seule séance, car cette femme supportait très bien le chloroforme. Je n'ai eu qu'à m'en féliciter, et j'engagerai mes collègues, sauf contre indication spéciale, à accomplir du même coup toutes les opérations complexes que nécessite le prolapsus génital complet. Je crois la chose faisable assez rapidement, en suivant la technique que j'ai indiquée.

Dans ce dernier cas le résultat immédiat a été parfait et s'est maintenu depuis lors. Je tâcherai de revoir la malade pour connaître les suites éloignées. Malheureusement elle est dans une extrême misère et la vie pénible qu'elle mène est bien propre à compromettre les beaux résultats obtenus.

Conclusions. — En terminant, je formulerai les conclusions suivantes :

1° L'hystérectomie vaginale, opération d'exception dans le prolapsus, peut devenir nécessaire pour permettre la reconstitution du périnée dans le *prolapsus génital complet*. Pour être efficace, elle devra être accompagnée de la résection d'un large segment du vagin et suivie de la restauration du périnée.

2° Les résultats publiés en France et à l'étranger permettent d'affirmer que l'opération donne de bons résultats quand on n'a omis aucun de ces trois éléments. Mais l'hystérectomie reste sans effet utile si elle est réduite à elle-même.

3° On peut pratiquer en une seule séance l'hystérectomie, la colpectomie suivie de colporraphie, et la périnéorraphie. Pour cela il faut se servir des ligatures à l'exclusion des pinces. Il y a avantage à procéder de la sorte quand il n'existe pas de contre-indication à une anesthésie prolongée durant une heure.

4° Il ne paraît pas indispensable, pour éviter la reproduction du prolapsus, de pratiquer une *colpopexie*, c'est-à-dire une fixation ou suspension du fond du vagin en le suturant aux ligaments larges réunis à l'aide de l'un ou l'autre des procédés recommandés dans ce but par divers auteurs (Fritsch, Martin, Mac-Monagle, Quénu). Le processus normal de la cicatrisation après l'hystérectomie amène la formation d'une cicatrice ombiliquée où se trouvent soudés les moignons des ligaments larges, le péritoine et le vagin, sans le secours d'aucun artifice opératoire. On peut donc, sans inconvénient, simplifier et abréger l'opération en omettant ce temps spécial d'un effet purement théorique.

5° Le procédé le plus commode pour enlever à la fois l'utérus et un segment du vagin consiste à tailler un grand lambeau triangulaire en avant du col, un plus petit lambeau de même forme en arrière et à les disséquer complètement avant de procéder à l'extirpation de l'utérus suivant la technique ordinaire avec ligatures pour l'hémostase. On réunit ensuite la plaie vaginale antérieure par une suture continue au catgut à étages superposés, la plaie postérieure par des points de suture séparés, et on draine la cavité de Douglas avec une mèche de gaze iodoformée. La périnéorraphie est faite séance tenante par simple dédoublement du périnée et sutures au fil d'argent.

M. Picqué. La remarquable communication de M. le Dr Quénu vient d'attirer l'attention de la Société de chirurgie sur la question du traitement du prolapsus utérin.

Des communications importantes vous ont été faites par les membres les plus autorisés et les plus compétents de cette Société.

Permettez à un de vos jeunes collègues d'apporter à son tour le résultat de l'expérience qu'il a pu acquérir, soit au cours de ses nombreux remplacements à l'hôpital Broca, soit dans le service si important à ce point de vue, des bandages au Bureau central où nous voyons tant de femmes atteintes de prolapsus utérin.

Je crois tout d'abord que dans une question de ce genre, il est important de préciser davantage les formes cliniques et anatomo-pathologiques.

Je pense qu'il faut d'abord n'envisager que le prolapsus seul et rejeter absolument du cadre actuel de la discussion les prolapsus d'utérus atteints de cancer ou de fibrome.

Dans ces cas, le prolapsus est, vous l'avouerez, bien secondaire, et l'hystérectomie, si elle est indiquée et donne un résultat, ne peut réellement être considérée comme un mode de traitement applicable au prolapsus.

On a parlé aussi du prolapsus accompagnant les kystes de l'ovaire, et quelques-uns n'ont pas hésité à proposer l'hystérectomie vaginale. Or, dans ces cas, il n'est même pas nécessaire, le plus souvent, de songer au prolapsus. J'ai donné à Boursier, qui l'a publié dans un mémoire lu au dernier congrès, le cas d'une femme qui me fut envoyée à l'hôpital pour y être opérée d'un prolapsus.

Je reconnus l'existence d'un kyste de l'ovaire enclavé dans le petit bassin, la laparotomie fut pratiquée et le prolapsus guérit spontanément.

Il faut donc, selon moi, écarter de la discussion tout prolapsus compliqué soit d'une lésion de l'utérus, soit exceptionnellement d'une lésion des annexes.

Ainsi envisagée, il nous semble qu'il faut encore, dans l'étude du traitement du prolapsus, établir des divisions cliniques et anatomo-pathologiques.

C'est peut-être la confusion dans ces formes qui a amené certains chirurgiens à préconiser à l'exclusion de toute autre méthode, les uns les opérations vaginales anaplastiques, les autres l'hystérectomie, quelques-uns la pexie utérine.

Il faut, en effet, selon nous, envisager à part le prolapsus partiel et le prolapsus total si fréquent chez les vieilles femmes et qu'on voit surtout au Bureau central, étudier à part les cas où l'utérus est hypertrophié ou au contraire atrophié, et séparer enfin ceux où le périnée est résistant de ceux où il est relâché.

Je veux surtout, messieurs, appeler votre attention sur une de ces formes que j'ai plus spécialement observée, le prolapsus chez la vieille femme, qui me paraît constituer le type du prolapsus

génital. Un de mes élèves, le Dr Lacaze, en a fait, sur mes conseils, l'objet de sa thèse inaugurale en 1891.

Ce prolapsus a réellement une physionomie particulière et aucune des méthodes qui vous ont été proposées ici ne leur semble applicable.

Dans ces cas, en effet, l'utérus est le plus souvent atrophié, comme vous l'a signalé M. Reclus : je l'ai presque toujours trouvé réduit à un moignon utérin, il s'agit plutôt d'un prolapsus vaginal que d'un prolapsus utérin. Les causes qui le produisent sont celles des hernies de faiblesse, c'est-à-dire un relâchement vulvaire et périnéal souvent extraordinaire. Le volume de l'utérus n'y entre donc qu'à titre tout à fait secondaire et l'on comprend que l'hystérectomie soit sans résultat dans ce cas. On comprendra ainsi la récidive de la cystocèle signalée par M. Le Dentu.

J'ajouterai que les procédés anaplastiques si vantés par quelques-uns de nos collègues et, à juste titre par MM. Richelot, Routier et Reclus dans le prolapsus de la femme adulte, n'offrent ici qu'un résultat bien aléatoire. J'ai vu des résultats d'ailleurs peu encourageants à la consultation du Bureau central où des malades opérées par ce procédé venaient solliciter des fabricants l'application de planchers périnéaux.

Quelques-uns de nos collègues ont parlé, avec assez peu d'enthousiasme d'ailleurs, de l'emploi de l'hystéropexie et de l'opération d'Alquié-Alexander.

M. Segond a été jusqu'à nier la valeur de cette dernière opération. Je crois qu'au contraire elle peut trouver, dans la variété qui nous occupe, une réelle indication.

Pour l'hystéropexie je pense volontiers qu'elle est insuffisante. J'ai eu l'occasion de réopérer à Lariboisière une récidive après l'hystéropexie : la laparotomie que je pratiquai pour enlever un fibrome utérin me permit de constater la solidité des adhérences, mais le péritoine formait à ce niveau une sorte d'infundibulum qui avait permis à l'utérus de redescendre. L. Championnière a, du reste, signalé lui-même des récidives après l'hystéropexie.

C'est donc à l'opération d'Alexander que je donne la préférence dans le cas spécial que j'invoque ici et je crois que c'est réellement la seule opération rationnelle à opposer à cette variété. Mais le raccourcissement des ligaments ronds doit être pratiquée d'une façon spéciale, sur laquelle j'ai d'ailleurs insisté, il doit être total et constituer une véritable *colpopexie indirecte* par l'intermédiaire du moignon utérin ; cette colpopexie n'est nullement illusoire comme l'a dit M. Richelot.

Le péritoine doit être ouvert de propos délibéré et la suture

faite plutôt sur la corne utérine engagée dans le trajet inguinal que sur le ligament rond lui-même qu'on réséquera en totalité.

Dans ces conditions qui m'ont valu trois succès durables relatés dans la thèse de Lacaze, l'utérus se trouve très haut placé, les parois vaginales déplissées sans tendance à la chute secondaire. Les malades n'éprouvent ultérieurement aucun tiraillement, aucune gêne de la miction. La question de la gravidité ne saurait évidemment entrer en ligne de compte chez ces vieilles femmes qui toutes ont dépassé la soixantaine.

L'anaplastie vulvaire et périnéale, dans ces conditions, peut être un complément opératoire utile mais non indispensable ainsi que j'ai pu le constater dans des cas plus récents.

Messieurs, sans vouloir me faire devant vous le juge des opinions émises par nos collègues, j'ai tenu, par cet exposé, à vous montrer qu'il est des formes qui échappent aux traitements préconisés devant la Société et insister sur les avantages qu'on peut retirer du raccourcissement du ligament rond fait d'une façon spéciale chez le prolapsus de la vieille femme.

M. Chaput. Je saisis l'occasion de ma première communication à la Société de chirurgie pour remercier mes maîtres, mes amis, mes collègues du grand honneur qu'ils m'ont fait en me recevant parmi eux, en me nommant, non pas purement et simplement, mais à une très grande majorité, ce dont j'ai été très touché.

J'aurais hésité à prendre la parole sur la question des prolapsus après les maîtres éminents qui m'ont précédé, si je n'avais été rassuré par la pensée de votre bienveillance et de votre sympathie.

Permettez-moi donc de vous exposer les résultats de ma pratique et mes idées sur le traitement des prolapsus génitaux.

Depuis l'année 1891, j'ai observé et traité à la Salpêtrière dans le service de mon maître, M. Terrillon, dix-huit malades dont une bonne partie ont été suivies et revues longtemps après l'opération.

Je diviserai ces cas en quatre catégories :

1° Traitement par les opérations périnéo-vaginales;

2° Traitement par l'hystéropexie;

3° Traitement par l'hystérectomie vaginale;

4° Amputation supra-vaginale élevée de l'utérus avec résection très étendue du vagin et colporraphie antérieure et postérieure.

A. — J'ai fait quatre fois la colpopérinéorraphie de Doléris avec ou sans colporraphie antérieure, avec ou sans amputation du col; les résultats éloignés ont été deux fois satisfaisants, deux fois médiocres, avec récidive partielle de la cystocèle, et une fois, le résultat a été nul. Il s'agissait d'une malade dont le vulve était

cependant très rétrécie par l'opération. Quelques mois après, elle avait un retour intermittent de son prolapsus.

L'utérus sortait entièrement par la vulve dont l'étroitesse provoquait un véritable étranglement de la tumeur ; cette dernière devenait turgide et violacée et l'on avait beaucoup de peine à la réduire. Au-dessus de la vulve, persistait un vaste vagin et un utérus très mobile ne demandant qu'à sortir. Cette malade fut opérée plus tard par l'oblitération du vagin, et enfin par l'hystérectomie vaginale qui la guérit complètement. Je reviendrai sur cette observation à propos de l'hystérectomie, mais je dirai dès maintenant que l'oblitération du vagin échoua à cause d'une hémorragie considérable qui eut lieu dans l'intervalle des points de suture. Cette hémorragie me força d'enlever mes sutures et de recourir au tamponnement iodoformé. Je reproche donc à cette opération (colpokléisis) la difficulté de faire une hémostase parfaite; elle est, en outre, inapplicable chez les femmes qui ont encore leurs règles.

La colpopérinéorraphie de Doléris, que j'ai essayée pour me faire une opinion sur sa valeur, me paraît présenter de grands inconvénients dans les cas de prolapsus; d'abord, elle ne permet pas de faire de très larges avivements, en outre tous les fils sortant du côté du périnée raccourcissent la paroi vaginale dans le sens vertical et diminuent l'étendue des parties destinées à se souder.

Bien préférable est l'opération de Hégar qui m'a donné un beau succès durable J'ai l'habitude de faire un avivement très étendu et je place trois sortes de sutures : 1° sutures vaginales au catgut; 2° une suture vulvaire au gros fil d'argent. Le fil en question est placé avant les sutures vaginales pour bien marquer la place de la vulve; on ne le serre pas du tout d'abord, mais seulement après le placement des fils vaginaux. Quand il a été tordu, il reste encore des surfaces périnéales non réunies qu'on suture avec une troisième catégorie de fils (crins de Florence périnéaux). Cette façon de placer les sutures augmente beaucoup la hauteur du périnée. Je préfère le catgut pour les sutures vaginales parce qu'il serait difficile d'enlever des fils dans un vagin rétréci sans distendre la cicatrice; le fil vulvaire est métallique et très solide, parce que c'est lui qui supporte la plus forte tension; les sutures périnéales sont faites au crin, parce que les autres fils exposeraient en cette région à de petits abcès. Comme pansement, je me contente d'un tampon vaginal iodoformé et de saupoudrages d'iodoforme répétés deux fois par jour sur le périnée.

B. — J'ai observé deux malades qui avaient subi l'hystéropexie

par les soins du Dr Sacré de Bruxelles et de notre collègue M. Campenon; leur prolapsus avait récidivé quelques semaines après. Elles présentaient un utérus très allongé (de 18 à 20 cent.) et je pense, en raison du retour rapide du prolapsus que cette hypertrophie devait être antérieure à l'opération fixatrice. On aurait pu, à la rigueur, attribuer cet allongement à la fixation qui était extrêmement solide, l'utérus étant relié à la paroi par un large ligament très épais, de consistance fibreuse, que j'eus beaucoup de peine à sectionner au cours de l'hystérectomie vaginale faite ultérieurement.

Quoi qu'il en soit, j'ai toujours trouvé cette opération irrationnelle contre le prolapsus qui n'est, en somme, qu'une hernie vulvaire. L'indication n'est pas de fixer les organes herniés dans le ventre, mais de fermer l'anneau constitué par la vulve, et le trajet représenté par le vagin.

C. — J'ai raconté plus haut l'échec absolu de cette colpopérinéorraphie qui avait été suivie de la reproduction d'un prolapsus complet.

La vulve, chez cette malade, était très étroite, à tel point que le prolapsus subissait un véritable étranglement; la récidive était due aux grandes dimensions d'un vagin exubérant avec un utérus mobile ne demandant qu'à descendre. Je pensai alors que l'organe essentiel à supprimer était le vagin, comparable au trajet herniaire dont la vulve représente l'anneau, mais qu'il convenait d'enlever en même temps l'utérus pour éviter des accidents d'atrésie. Je connaissais d'ailleurs les opérations analogues rapportées par Asch, assistant de Fritsch à Breslau. Je fis donc chez cette malade, le 7 septembre 1891, l'hystérectomie vaginale complète, avec extirpation totale du vagin sans périnéorraphie. Le résultat a été excellent; la malade, examinée récemment, deux ans après son opération, n'a plus que deux centimètres de vagin; il lui reste une légère rectocèle vulvaire qui s'explique par l'absence de périnéorraphie, et qu'il serait facile de supprimer complètement.

J'ai revu également une autre malade opérée depuis deux ans d'hystérectomie avec résection vaginale complète. Le résultat est superbe : vulve très étroite, vagin de 2 centimètres, pas trace de prolapsus.

J'ai opéré trois autres malades de la même façon, mais je n'ai pu les retrouver. Une sixième, revue cette année dix-huit mois après son opération, atteinte de prolapsus avec un fibrome de 500 grammes, a guéri parfaitement sans résection du vagin; il est juste de dire que le prolapsus était probablement sous la dépen-

dance exclusive de la tumeur qui avait refoulé l'utérus en bas.

Toutes ces malades ont été opérées de la façon suivante : l'utérus, étant fortement tiré en bas, et complètement hors du vagin, je pratique une incision circulaire le plus près possible de la vulve à la partie la plus élevée de la tumeur. Une autre incision circulaire est faite autour du col utérin. Deux incisions verticales et latérales réunissent les deux tracés circulaires et limitent deux lambeaux vaginaux antérieur et postérieur qu'on dissèque du haut en bas et qu'on résèque. On sectionne ensuite régulièrement les ligaments larges de bas en haut jusqu'à ce que l'utérus soit complètement enlevé. On remplace alors les pinces par des ligatures, on avive la vulve, on la rétrécit par des sutures ; enfin on tamponne le vagin à l'iodoforme.

Dans toutes ces opérations, j'ai été frappé par l'abondance extraordinaire de l'écoulement sanguin, les parois vaginales nécessitaient autant de pinces qu'elles en pouvaient porter, toutes les surfaces cruentées pleuraient du sang ; sur deux de mes malades, une pince du ligament large ayant dérapé, j'eus une hémorragie effrayante que je ne pus d'abord arrêter à cause du grand nombre de pinces obstruant le vagin. Je dus faire d'urgence le débridement de la vulve qui me permit de retrouver facilement mon vaisseau.

La gravité des hémorragies opératoires me conduisit à réaliser d'une manière différente l'extirpation de l'utérus et du vagin. Sur une première malade de 72 ans, dont l'utérus n'était pas augmenté de longueur, je fis, sur la paroi vaginale antérieure, une incision curviligne dont la convexité regardait le col utérin. Je disséquai le lambeau, et je décollai la vessie de l'utérus jusqu'à ce que je pusse atteindre le fond de la matrice.

Je passai une grande aiguille mousse, à large chas, immédiatement au-dessus de l'utérus sans intéresser la vessie, et je la fis sortir à travers la paroi vaginale postérieure. J'engageai dans le chas deux sondes à caoutchouc rouge n° 14, et je fis une ligature élastique enchaînée. Un troisième caoutchouc fut placé par-dessous les deux autres. Je sectionnai la tumeur au-dessous du caoutchouc, je fis sur le moignon des attouchements d'alcool et de poudre au tannin ; enfin je terminai l'opération par une large colpopérinéorraphie de Hégar. La guérison survint sans accidents ; j'ai revu la malade huit mois après ; son état est excellent, son vagin est réduit à 2 ou 3 centimètres ; elle présente seulement un peu de cystocèle que j'attribue à l'absence de colporraphie antérieure.

Sur une seconde malade, dont l'utérus mesurait 14 centimètres de longueur, je crus devoir procéder autrement, afin d'éviter de

laisser dans le ventre la moitié de l'utérus, dont l'orifice inférieur avait été atrésié du fait de la ligature élastique.

Je pratiquai d'abord la laparotomie médiane, et je fis une amputation utérine supra-vaginale, avec un caoutchouc sur le pédicule utérin. Les ligatures des ligaments larges étant posées et la paroi suturée, j'attaquai alors le prolapsus par en bas. Je procédai comme il a été dit plus haut : dissection de la vessie, passage de deux caoutchoucs liés en chaîne, amputation en masse du prolapsus.

Un mois après, je fis une extirpation étendue du vagin et je bourrai d'iodoforme. La malade guérit à merveille ; elle était en très bon état à la sortie, mais je n'ai pu la retrouver.

J'ai opéré de la même façon une malade dont l'utérus mesurait 17 centimètres à l'hystéromètre. Dans un premier temps, amputation supra-vaginale ; immédiatement après, ligature élastique combinée à la colporraphie antérieure et postérieure. Malheureusement, le troisième jour, la malade mourut subitement ; à l'autopsie, on trouva un épanchement sanguin considérable occasionné par le glissement d'une ligature abdominale.

Comme je l'ai déjà dit plus haut, les prolapsus complets ne peuvent guérir à coup sûr et sans récidive que par la résection étendue du vagin, qui comporte simultanément l'hystérectomie totale ou partielle.

Mais l'hystérectomie totale, avec résection du vagin, présente les inconvénients suivants : elle expose aux hémorragies ; M. Championnière a perdu de ce fait une malade ; vous avez entendu MM. Schwartz, Routier, Reclus insister sur l'abondance des hémorragies ; dans mes cinq observations, j'ai eu aussi des hémorragies très graves, quoique non suivies de mort. Il y a donc là des dangers très sérieux et qui sont de nature à faire réfléchir. En outre, l'ablation de l'utérus avec pinces à demeure rend presque impossible l'exécution immédiate de la colpopérinéorraphie, pourtant si indispensable.

On m'objectera que celle-ci devient facile si on remplace les pinces par des ligatures ; mais je dois dire que je me défie beaucoup des ligatures appliquées à l'hystérectomie vaginale, car je les ai vues glisser plusieurs fois, même quand elles avaient été placées très correctement. Le glissement est surtout à craindre quand l'utérus est très hypertrophié, car le bord supérieur des ligaments larges est difficilement accessible.

A ce propos, qu'il me soit permis de faire remarquer à M. Quénu que sa façon de lier ensemble les chefs des ligatures des ligaments larges me paraît dangereuse, car elle semble devoir favoriser singulièrement le glissement déjà si à craindre.

A la rigueur, on pourrait faire la colpopérinéorraphie quelques

jours ou quelques semaines après l'hystérectomie ; mais on se heurtera toujours à l'insurmontable aversion des malades pour des opérations répétées.

Ces objections que je viens de formuler contre les difficultés d'exécution de la colpopérinéorraphie sont d'ordre secondaire, il est vrai ; mais je maintiens formellement celles qui sont relatives à la gravité des hémorragies. L'hystérectomie vaginale est loin d'être bénigne ; M. Hartmann, dans un intéressant mémoire, vient de réunir 55 observations ayant donné 5 morts (2 morts de péritonite, 2 morts de shock, 1 mort de pyélo-néphrite). Un dernier inconvénient est la suppression du vagin que comporte la résection de cet organe ; sans doute c'est là un sacrifice pénible chez les femmes jeunes, mais la guérison est à ce prix, le coït ne pouvant que favoriser la reproduction du prolapsus.

Quant à l'ablation de l'utérus et du vagin par la ligature élastique, c'est là une opération facile et bénigne ; mais je crois devoir y renoncer pour les cas d'hypertrophie sus-vaginale, pour lesquels l'atrésie utérine est à craindre, si on n'enlève pas au préalable le corps utérin par l'abdomen. J'ai dit plus haut que ce mode d'intervention m'avait donné une hémorragie mortelle. En outre, le moignon qui résulte de l'opération est volumineux, gêne l'exécution correcte des colporraphies et pourrait, par son sphacèle, menacer l'asepsie des opérations vaginales.

D. — Pour remédier aux inconvénients de l'hystérectomie totale, je fis l'amputation supra-vaginale de l'utérus avec résection étendue du vagin, colporraphie antérieure et postérieure. La technique employée fut la suivante : le prolapsus étant fortement tiré en bas, je fais sur la partie postérieure de la tumeur une incision demi-circulaire placée le plus haut possible. En avant, je trace un lambeau triangulaire à sommet vulvaire dont les bords latéraux rejoignent l'incision postérieure. La vessie est décollée de l'utérus, et je place une ligature à la soie sur les ligaments larges, à 5 centimètres au-dessus du col ; je fais alors l'amputation de la moitié inférieure de l'utérus et de toute la portion du vagin circonscrite par les incisions. J'y ajoute la colporraphie antérieure, la suture hémostatique de la plaie vaginale qui est réunie à l'orifice utérin, et enfin une large colpopérinéorraphie postérieure.

J'ai opéré deux malades d'après cette technique ; toutes deux ont parfaitement guéri, mais je n'ai pu les suivre ni les retrouver.

L'opération ainsi conduite n'expose pas aux hémorragies, comme l'hystérectomie totale, parce que les ligatures étant placées sur la partie inférieure très accessible des ligaments larges, ne risque pas de glisser. En outre, le péritoine n'est pas ouvert, ce qui donne une plus grande sécurité. Cette opération, relativement simple et

très bénigne, remplit, en somme, les principales indications de la cure des prolapsus ; en effet, elle diminue la longueur et le poids de l'utérus, elle supprime une aussi grande étendue du vagin que l'opération de Fritsch, enfin elle restaure convenablement la vulve et le périnée. Elle ne suspend pas le vagin aux ligaments larges, comme le demande M. Quénu ; elle fait mieux, puisqu'elle le supprime, faisant disparaître de ce fait le trajet herniaire.

Signalons une dernière remarque intéressante : sur les quinze malades qui nous ont fourni nos dix-huit observations, il y avait neuf fois hypertrophie supra-vaginale considérable, et une fois le prolapsus était compliqué d'un gros fibrome.

Je conclus : 1° Les prolapsus légers doivent être traités par la colporraphie antérieure, la colpopérinéorraphie postérieure de Hégar et l'amputation du col, si l'utérus est hypertrophié.

2° Les prolapsus complets ne paraissent retirer aucun bénéfice de l'hystéropexie, comme le prouvent mes deux observations.

3° L'hystérectomie vaginale totale, appliquée aux prolapsus, est une opération grave ; elle expose aux hémorragies, à la blessure de la vessie (Le Dentu), à la péritonite, au shock (5 cas de mort sur 55 dans la statistique d'Hartmann).

4° Il est indispensable, pour éviter les récidives, d'adjoindre à l'hystérectomie la résection du vagin et la colpopérinéorraphie postérieure.

5° Je conseille de renoncer à l'hystérectomie vaginale totale et de se contenter de l'extirpation supra-vaginale élevée du col utérin, *avec résection large du vagin* et colporraphies antérieure et postérieure. Cette opération est plus bénigne et tout aussi efficace que l'hystérectomie totale.

M. Després. Je n'ai pu reprendre ma place à la Société de chirurgie qu'à la dernière séance. Le commencement de cette discussion m'a donc échappé. Mais ce que j'en ai entendu suffit à fixer mes idées.

Chacun de nos collègues est venu ici préconiser une opération différente : hystéropexie, hystérectomie, opération d'Alexander, colpopérinéorraphies variées, etc. On peut donc remarquer de suite que si toutes ces opérations trouvent des défenseurs, c'est qu'il n'y en a aucune d'efficace.

Dans cette même enceinte, il y a quelque vingt ans, une discussion s'est élevée sur le même sujet lorsque M. Lefort est venu proposer une élytrorraphie nouvelle. Vous pourrez vous y reporter, vous verrez qu'elle a abouti à la même conclusion d'impuissance. J'ai déjà dit alors ce que je vous répète : le prolapsus a sa cause unique dans l'insuffisance du périnée, et en particulier dans l'in-

suffisance du muscle releveur de l'anus. C'est même cette discussion qui a inspiré Trélat pour faire la leçon dont a parlé M. Reynier; oh ! je ne réclame pas, on ne prend qu'aux riches. Croire qu'un périnée affaibli, réduit à la peau, pourra retenir les viscères abdominaux, c'est commettre une erreur physiologique. Car le prolapsus utérin est une hernie intestinale à travers le périnée inférieur qui pousse devant elle l'utérus.

Déjà, vers 1822 et 1828, Smellie et d'autres avaient pratiqué des hystérectomies; ils furent justement blâmés.

Plus tard sont venues toutes les *raphies* que l'on a énumérées; elles sont tout aussi inefficaces; je ne les ai jamais faites et ne les ferai jamais. Je n'admettrais qu'une seule indication opératoire, l'irréductibilité. Dans tous les autres cas il n'y a qu'une conduite à tenir : placer un plancher périnéal artificiel muni d'une pelote vaginale qui refoule et maintient l'utérus. Vous connaissez les bandages qui réalisent cette donnée.

Quant à guérir un prolapsus par une opération quelconque, jamais vous n'y parviendrez, et déjà les récidives de rectocèle et de cystocèle sont venues vous avertir. Mais après toutes vos opérations vous faites porter des ceintures avec plancher périnéal, et c'est ce qui empêche la récidive immédiate. Eh bien, faites-la donc porter tout de suite, sans faire subir aux malades des opérations inutiles !

Présentation de malades.

1° *Épithélioma de la grande courbure et des deux faces correspondantes de l'estomac au niveau de l'antre pylorique. Vomissements incoercibles depuis quatre mois. Aucune trace de généralisation. Laparotomie le 23 novembre. Résection de l'estomac. Guérison.*

M. Tuffier. La malade n'a aucun accident local, elle n'a pas eu le moindre trouble dyspeptique depuis son opération. Elle est aujourd'hui, comme vous le voyez, grosse et grasse, et ne présente aucun signe de récidive ou de généralisation.

2° *Désarticulation du genou pour gangrène.*

M. Delorme présente un malade auquel il a fait subir, il y a huit mois, une désarticulation du genou pour une gangrène presque totale de la jambe, survenue le cinquième jour après le début d'une scarlatine et provoquée par une embolie de l'artère iliaque externe.

Cet homme, opéré vingt-trois jours après le début de la scarlatine, était dans un état d'anémie profonde ; ses urines présentaient des quantités notables d'albumine ; une seule artère logée dans le sciatique donna après l'opération. Malgré ces conditions désavantageuses, la réunion par première intention fut obtenue, à l'exception d'un point très limité duquel se détacha une petite plaque de sphacèle.

J'ai ici utilisé le procédé en raquette que j'ai préconisé.

Le résultat est des plus satisfaisants. L'incision médiane de la raquette est cachée entre les condyles et en arrière d'eux ; ces condyles ont conservé leur volume, la rotule est remontée à 6 centimètres au-dessus du plateau fémoral ; elle n'est pas gênante et le malade, qui marche très bien, appuie son moignon sur le pilon d'un amputé de cuisse. Quatre mois après son opération, cet homme éprouva la résistance de son moignon en faisant une chute qui amena un hématome considérable aujourd'hui disparu.

M. A. Marchand. Je demanderai à M. Delorme pourquoi il n'a pas recouru de préférence à l'opération de Gritti.

M. Delorme. Parce que je ne reconnais aucune supériorité à cette dernière. Le malade, comme vous pouvez le voir, appuie à merveille sur ses condyles fémoraux uniquement recouverts par la peau ; il ne souffre en aucune façon ; la cicatrice est très bien placée. Que peut-on demander de mieux ?

M. Peyrot. J'ai eu l'occasion assez récemment de pratiquer aussi la désarticulation du genou et j'ai été frappé, comme M. Delorme, de la perfection du résultat. Il s'agissait malheureusement d'un jeune homme atteint de paralysie infantile qui, à la suite de troubles trophiques graves, avait dû être amputé préalablement de la jambe. La désarticulation du genou ne l'empêcha pas de souffrir dans la cuisse, au point que je me résignai plus tard à lui faire une opération sous-trochantérienne.

M. Poncet (de Lyon). J'ai pratiqué plusieurs fois la désarticulation du genou et je m'en suis parfaitement trouvé. Les malades marchent à merveille avec ce grand levier fémoral et ils appuient directement sur leurs condyles sans en souffrir. J'ai eu l'occasion de voir dans mon service un malade opéré par Gensoul depuis trente ans et qui avait, sans la moindre gêne, mené une vie de labeur extraordinaire. Pour moi, je donne sans hésitation la préférence à la désarticulation sur toutes les opérations intra-condyliennes.

M. ROUTIER a vu un malade désarticulé par Gerdy quarante ans auparavant et qui marchait admirablement sur ses condyles.

M. WALTHER présente une malade opérée d'un *cancer colloïde du sein* (3e récidive). La tumeur était remarquable par sa transparence.

M. HARTMANN demande l'avis des membres de la Société de chirurgie sur un malade atteint d'une tumeur de la jambe d'un diagnostic difficile. Le malade est examiné hors séance.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le Secrétaire annuel,
PEYROT.

Séance du 7 février 1894.

Présidence de M. J.-L. CHAMPIONNIÈRE.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° *Relation des expériences faites à l'Institut physiologique de Caen sur un supplicié*, par M. Ch. FAYEL (de Caen);

3° *Une fourchette de table dans l'estomac extraite par gastrotomie*, par M. Socrate TSAKONAS (d'Athènes) (M. Ch. Nélaton, rapporteur) ;

4° *Perforation de l'urètre par un calcul ayant simulé un rétrécissement. Abcès urétral. Sphacèle. Guérison*, par M. J. PIOGEY (M. Bazy, rapporteur);

5° Lettre de M. MARTIN, secrétaire de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Berlin, invitant la Société de chirurgie de Paris

à assister, le 9 mai 1894, à la célébration du cinquantenaire de la Société de gynécologie de Berlin.

M. J.-L. Championnière annonce la mort du professeur Billroth, membre correspondant de la Société de chirurgie.

M. Felizet offre à la Société de chirurgie un volume qu'il vient de faire paraître sous ce titre : *Les Hernies inguinales de l'enfance.*

A propos du procès-verbal.

A propos de la néphrolithotomie.

M. Tuffier. La communication que je vous ai faite sur ce sujet a soulevé de la part de M. Le Dentu une question de priorité à propos de la suture du rein dans cette opération. Monis à qui nous devons la première néphrolithotomie (1880) a conseillé la suture au catgut de l'incision rénale. Ma première expérience établissant la technique de cette suture, démontrant sa possibilité et son efficacité, date du 16 mars 1888, et les résultats complets d'une série d'expériences ont été publiés le 18 mai de la même année. Le 18 février 1888, c'est-à-dire un mois avant, M. Le Dentu tentait une suture du parenchyme rénal chez l'homme (la réunion manqua, le malade eut pendant 25 jours une fistule urinaire) et en publiait l'observation le 26 juin, c'est-à-dire plus d'un mois après la publication de mes expériences. Je suis donc en droit de dire qu'aucune opération établissant l'efficacité de la suture du parenchyme rénal n'avait été pratiquée ou publiée quand mon travail a paru. J'étais donc bien fixé à cet égard en 1889, alors que j'ai assisté et contribué à l'opération de M. Le Dentu.

Cette question jugée, j'en reviens à l'histoire de l'hémorragie et de l'hémostase dans cette opération.

L'incision sur le bord convexe, incision que je défends comme donnant lieu à un minimum d'hémorragie, a été faite par Sabatier en 1886 et par Franks en 1887, mais sans aucune préméditation. On incisait là comme on aurait incisé ailleurs, et je n'en veux comme preuve que l'incision faite par M. Le Dentu en 1888 sur le bord transversal, incision qu'il défendait alors devant moi-même. Je crois donc que ce sont mes recherches précises d'anatomie et de physiologie de cette région, démontrant sa vascularisation moindre et ses rapports avec le calice, qui ont fait de cette incision, l'*incision de choix.* Mais je n'ai jamais dit que c'était l'unique voie à

suivre, puisque j'ai écrit dans le *Traité de chirurgie* (t. VII p. 635) : « Si le rein est aminci en un point, il faut suivre la voie indiquée par le calcul qui a déjà fait une partie du chemin » ; je sais parfaitement que cette incision donne encore beaucoup de sang, et je le sais si bien que c'est pour préserver l'opérateur et le malade contre cette hémorragie que j'ai étudié, pratiqué et conseillé l'hémostase préventive par compression du pédicule du rein. Je regarde ce procédé comme un progrès considérable dans la technique, je crois que c'est le point capital et la manœuvre maîtresse de l'opération. Je maintiens à son égard tous mes droits de priorité, j'en ai donné la technique dès ma première communication ; je l'ai exposé à nouveau après 6 opérations dans le mémoire que je viens de vous communiquer.

Alors comme aujourd'hui, j'ai fait de la compression digitale le procédé de choix, je n'y ai jamais renoncé, puisque au contraire je l'ai appliquée dans ma dernière opération. Il suffit de prendre la peine de lire mon texte pour le trouver indiqué à la tête du chapitre en caractères spéciaux.

Suite de la discussion sur le prolapsus utérin.

M. Ch. Monod. Je n'ai eu qu'une seule fois l'occasion de pratiquer l'hystérectomie vaginale totale pour prolapsus utérin. Aussi n'est-ce pas pour prendre parti entre les partisans et les adversaires de cette opération que j'ai demandé la parole, mais simplement pour rappeler une des indications possibles de ce mode de traitement de la chute de l'utérus, non encore mentionnée au cours de cette discussion. Je veux parler des cas où une impotence fonctionnelle des membres paraît liée à l'état de l'utérus, de ceux, au moins, où la paralysie disparaît ou est singulièrement améliorée par la guérison de l'affection utérine.

L'observation suivante me paraît à ce titre mériter l'attention.

Observation (résumée)[1]. — P. B..., âgée de 50 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, service du Dr Ch. Monod, le 7 juillet 1893.

Antécédents héréditaires. — Mère morte à 60 ans ; sujette à des coliques hépatiques ; pas de troubles nerveux. Père, mort à 54 ans, d'une pneumonie. Rien à noter dans leurs ascendants au point de vue névropathique (une sœur de père était un peu *originale ?*). La malade a eu huit frères ou sœurs. Sept d'entre eux sont morts en bas âge de convulsions ou de *congestion cérébrale ?* Un frère actuellement vivant, bien portant.

[1] D'après les notes fournies par M. Zuber, interne de service.

Antécédents personnels. — Pas d'autre maladie, dans son enfance, qu'une fièvre typhoïde à l'âge de 11 ans. Jamais de convulsions. Nerveuse et impressionnable, elle n'est pas peureuse; on ne trouve chez elle aucune des phobies caractéristiques de la dégénérescence mentale. Elle n'a jamais eu de crise nerveuse. Pas de boule hystérique. Elle est sujette depuis l'âge de 18 ans à des migraines fréquentes. Le sommeil a toujours été mauvais, avec de longues insomnies et des cauchemars s'accompagnant de cris.

Son état moral a été profondément affecté par toute une série de soucis et de chagrins domestiques, et par des revers de fortune qui, d'une grande aisance, l'ont conduite à une misère complète. Réglée à 12 ans, sans accidents. Mariée à 26 ans, elle a eu cinq grossesses. Les accouchements et les suites ont été normaux. Jamais d'albuminurie ni d'éclampsie. Pendant les deux dernières grossesses et surtout la dernière qui date de quatorze ans, elle a eu une certaine difficulté à marcher.

De ses cinq enfants, trois sont morts jeunes; le premier de méningite à 4 ans 1/2, le deuxième de convulsions à 11 mois, le troisième de la coqueluche. Les deux enfants vivants sont : un fils, 18 ans, bien portant; une fille, 14 ans, nerveuse, qui, jusqu'à l'âge de 5 ans, tombait en syncope à la moindre contrariété, et qui rêve tout haut la nuit; pas d'épilepsie ni d'hystérie.

La ménopause s'établit depuis quelques mois; pas de règles depuis quatre mois.

La malade a eu plusieurs crises de coliques hépatiques très nettes; la première, à l'âge de 31 ans; puis tous les trois ou quatre ans. Plusieurs cures à Vichy les ont fait disparaître. Elles ont reparu depuis trois ans. La dernière date de juin dernier. Jamais d'ictère. Ces crises n'ont point été suivies de paraplégie.

Les troubles de la motilité dont souffre la malade se sont établis progressivement depuis deux ans. Ils ont atteint il y a un mois environ l'état où ils se présentent actuellement. Ils semblent avoir accompagné le développement d'un prolapsus utérin très marqué. Lorsque M. Monod vit la malade en ville il y a un mois, le col était à la vulve. L'utérus est facilement refoulé, mais reprend presque aussitôt sa position vicieuse.

État actuel. — Depuis un an la malade ne peut marcher; elle reste étendue soit sur un lit, soit sur un canapé. *Au lit*, et dans le décubitus dorsal, les pieds exécutent tous les mouvements; la malade peut de même fléchir la cuisse sur le bassin et la jambe sur la cuisse, mais il lui est *absolument impossible de détacher les talons du lit.* Il semble que l'impotence réside surtout dans le triceps. La contraction du muscle n'est pas suffisante, pour donner au membre la rigidité sans laquelle le mouvement d'élévation ne peut se produire.

Les réflexes rotuliens sont normaux; de même, le réflexe plantaire. Lorsqu'on soulève le jarret sous la main glissée derrière le genou, pour chercher le réflexe rotulien, la jambe se raidit et il faut insister pour

que la malade la laisse retomber. Le sens musculaire est intact. La sensibilité est normale; ni anesthésie ni hyperesthésie.

Lorsqu'on fait lever la malade, ses jambes rampent sur le lit, jusqu'à ce qu'elles aient gagné le bord. Elle se laisse alors tomber sur les pieds; et se tient debout, sans aucun appui et sans fatigue notable. Il n'y a pas de signe de Romberg. Si on prie la malade de marcher, elle ne peut le faire sans s'appuyer sur le lit, ou sur une chaise; elle avance, à tout petits pas, en *glissant les pieds sur le sol sans les en détacher ;* il semble qu'elle ne puisse immobiliser ses hanches. Le sol est bien senti.

La malade ne peut se baisser. Elle rampe pour remonter dans son lit, comme pour en descendre. Aucune douleur dans les membres inférieurs, ni spontanées, ni à la pression. Aucune douleur non plus, ni déformation du côté de la colonne vertébrale. Rien du côté des réservoirs.

M. Brissaud, prié par M. Monod d'examiner la malade, ne trouve chez elle aucun stigmate hystérique, ni anesthésie hémi-latérale, ni anesthésie pharyngée, ni anesthésie cornéenne; pas de rétrécissement du champ visuel; pas de zones ovariennes ou autres. Aucun trouble des sens, vue, ouïe, etc. Rien à noter du côté des membres supérieurs, paralysie, anesthésie, tremblement, etc.

Cette femme, très inquiète de son état, qui la condamne à l'immobilité presque absolue, et pour lequel on lui a dit qu'il y avait peu de remède, est résignée à tout supporter pour obtenir la guérison.

M. Monod, considérant que le prolapsus utérin et l'impotence paraissent s'être développés parallèlement, qu'il pourrait y avoir entre ces deux faits plus qu'une coïncidence, estime qu'il y a lieu dans ce cas de procéder à la cure radicale de la chute de l'utérus par l'ablation de l'organe, avec l'espoir que, du même coup, l'état fonctionnel des membres inférieurs, pourra être heureusement modifié.

L'opération, proposée à la malade, est acceptée avec empressement.

L'*opération* est pratiquée le 15 juillet : hystérectomie vaginale par le procédé de Doyen; elle est d'une extrême simplicité. L'utérus est enlevé en six minutes. Quatre pinces à demeure.

15 juillet soir. Apyrexie. Quelques soubresauts dans les membres inférieurs, la cuisse se relevant sur le bassin.

16 juillet. T. 37°,8. Bon état général.

La malade, priée de soulever sa jambe, *lève sans difficulté une des jambes, puis l'autre, en détachant les talons du lit*, à son grand étonnement et à sa grande joie.

17 juillet. Les pinces sont enlevées le matin. A 7 heures du soir, hémorragie arrêtée par un tamponnement immédiat.

20 juillet. Tamponnement enlevé. Pas d'hémorragie. Très bon état général. Apyrexie complète.

La malade soulève facilement la jambe droite et la jambe gauche.

29 juillet. La malade peut être considérée comme guérie de son opération. Depuis deux jours elle se lève. Elle marche en levant les pieds et sans appui. Il lui reste cependant de la faiblesse, et elle ne peut

rester longtemps debout. Les réflexes rotuliens sont exagérés. Pas d'anesthésie. Pas d'atrophie musculaire. Elle sort dès les premiers jours d'août pour aller dans une maison de convalescence.

Janvier 1894. Elle est revue chez elle par mon interne, M. Raffray. Il constate que l'amélioration survenue après l'opération persiste. La malade, fort satisfaite de son état, n'est pas condamnée au repos ; elle vaque à ses occupations dans l'appartement. Elle marche sans canne ni appui d'aucune sorte, mais toujours à petits pas, et lourdement, comme si elle n'osait encore se fier à la solidité de ses membres inférieurs. A l'examen, au lit, les deux jambes possèdent tous leurs mouvements ; force musculaire conservée ; ni anesthésie, ni atrophie.

Le prolapsus ne s'est pas reproduit.

Ce fait paraît appartenir à la catégorie des paralysies dites réflexes, consécutives à une lésion de l'appareil génito-urinaire, à des maladies de l'intestin, voire même à une simple névralgie, signalées d'abord par Whytt et Prochaska, bien étudiées surtout par Brown-Séquard.

Ce dernier auteur fait remarquer que, dans les cas de ce genre, la paralysie, limitée aux membres inférieurs, sans tendance à envahir les membres supérieurs, est ordinairement incomplète, portant de préférence sur certains muscles, que l'irritabilité réflexe n'est ni complètement perdue, ni très augmentée ; que les troubles sensitifs sont nuls ; que la vessie et le rectum demeurent indemnes. Tous ces caractères pouvaient être observés chez ma malade.

Parmi les cas analogues cités par les auteurs, je pourrai citer [1] ceux de Lisfranc, voyant une paraplégie disparaître à la suite de la guérison d'une métrite chronique ; ceux de Nonat et d'Echeverria, obtenant le même résultat, l'un, par la cautérisation de la cavité utérine, l'autre, par l'électrisation de l'utérus. Une seule fois, dans un cas rapporté par Romberg, la paraplégie compliquait une chute de l'utérus et disparut à la suite de la réduction du prolapsus.

Je ferai remarquer en terminant que, comme mes collègues, j'ai été frappé de la facilité avec laquelle se fait une hystérectomie vaginale pour prolapsus utérin ; et, d'autre part, que, comme dans quelques-uns des cas qui nous ont été rapportés, une hémorragie sérieuse s'est produite quelques heures après l'ablation des pinces, bien que celles-ci fussent demeurées, suivant l'usage, quarante-huit heures en place.

M. A. Marchand. Pour apprécier les motifs de ma détermination dans le choix des méthodes applicables au traitement du prolapsus

[1] D'après E. Demange, art. Paraplégie du *Dict. encyclopédique*, t. XX, p. 44.

de l'utérus et justifier mes préférences, il est utile de préciser deux points :

1° La valeur pathologique de l'affection en elle-même ;

2° Les états anatomiques qui l'accompagnent et en sont les conditions pathogénétiques.

1° J'entends par valeur pathologique, l'appréciation vraie des ennuis, des désagréments, de la gêne, des souffrances même qu'entraîne le prolapsus, et surtout des dangers réels, plus ou moins immédiats qu'il fait courir.

Depuis l'année 1881, époque à laquelle je pratiquai pour la première fois la colpopérinéorraphie en me conformant aux prescriptions de Hégar, j'ai traité chirurgicalement 80 prolapsus utérins ; mais j'en ai observé un bien plus grand nombre.

De toutes les malades que j'ai interrogées avec soin, aucune ne présentait d'accidents sérieux du fait de son infirmité. J'ai vu des malades portant depuis plusieurs années un prolapsus complet et non maintenu, se plaindre seulement de la gêne et des ennuis que leur causait la présence de la tumeur, soumise à toutes les causes d'irritation possibles.

Ma première malade portait depuis sept ans un prolapsus complet et non réduit, et elle eut de longues hésitations avant de se soumettre au traitement qui devait amener sa guérison complète et définitive.

J'ai actuellement dans mon service, à Saint-Louis, une malade de 58 ans qui, depuis dix ans, porte un prolapsus complet non réduit, et ne consent à se faire traiter qu'à la condition expresse que les opérations à lui pratiquer soient de nature bénigne, et ne puissent compromettre directement son existence.

Par un singulier contraste, des malades jeunes encore, dans la période génitale, semblent souffrir bien davantage du fait de lésions beaucoup moins avancées. De simples prolapsus du vagin coïncidant avec une déchirure incomplète du périnée, causent dans les efforts voulus ou nécessités par des actes physiologiques, un sentiment fort pénible de malaise et de faiblesse dont les malades rendent parfaitement compte.

Quoi qu'il en soit, et sans nier les accidents graves notés par divers chirurgiens, on peut considérer que dans la plupart des cas, le prolapsus, même complet et non réduit, ne constitue qu'une infirmité pénible, à coup sûr, mais compatible avec une santé presque parfaite.

A une infirmité si peu offensive, il convient d'opposer un traitement également dépourvu de danger ; car il faut encore noter que bon nombre de malades refusent toute intervention sanglante, ne

réclamant souvent que le secours d'un appareil qui puisse suppléer à l'insuffisance des pessaires.

A supposer donc que l'hystérectomie fournît ce qu'elle ne donne pas à coup sûr, je veux dire une guérison solide et durable de l'infirmité, elle devrait encore être reléguée au second plan dans le choix des moyens que nous offre la médecine opératoire. Elle ne peut prétendre à un degré d'innocuité suffisant, puisque (et le fait est assez paradoxal pour être signalé) sa mortalité devient relativement considérable lorsqu'elle est appliquée à la guérison du prolapsus, comme le démontre la récente statistique dressée par M. Hartmann. Si donc l'affection se produit pendant la période génitale, à moins de motifs bien pressants, peu de chirurgiens consentiraient à infliger aux malades une aussi fâcheuse mutilation.

Des exemples, si nombreux qu'ils ne sont plus a compter, montrent que des femmes affligées de prolapsus complets et maintenus, soit à l'aide d'un pessaire, soit par le fait d'une colporraphie, ont pu concevoir et accoucher à plusieurs reprises. On trouvera d'autre part, dans les recueils, des exemples assez nombreux de femmes qui, nonobstant un accouchement, ont continué à jouir des bienfaits d'une colporraphie antérieurement pratiquée. A une période avancée de l'existence, l'utérus s'atrophie, perd si notablement de son volume et de son poids, qu'il n'est plus qu'un facteur bien insignifiant dans la série des motifs étiologiques qui accompagnent ou déterminent le syndrome complexe : prolapsus utérin.

2° Quelle est la valeur ou mieux l'importance étiologique de l'utérus dans la constitution du prolapsus? On peut la considérer comme relativement secondaire. A part les cas d'allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale (que bon nombre d'auteurs considèrent déjà comme secondaire) l'utérus ne semble point être un motif étiologique bien plus puissant que ne l'est l'intestin dans la production des hernies abdominales.

Ce dernier a beau venir presser contre les anneaux aponévrotiques, si ces derniers sont solides, les trajets résistants, aucune issue des viscères n'est possible.

Il en va de même dans la plupart des prolapsus. Presque tous débutent par l'abaissement, le prolapsus du vagin dont les connexions inférieures avec le plancher pelvien se sont relâchées, et n'est plus maintenu du côté de la vulve par un orifice peu résistant.

Sous l'influence des efforts voulus, ou réflexes, le vagin dont les parois se sont peu à peu épaissies, hypertrophiées, s'abaisse, fait issue au travers de la vulve forcée, entraînant avec lui peu à

peu l'utérus auquel il est inséré, et à la condition toutefois que ce dernier subisse un léger degré de bascule en arrière.

Relâchement des commissures du vagin et altérations progressives de son tissu, lésions de la vulve, léger renversement en arrière de l'utérus, tels sont les facteurs importants du prolapsus utérin, ceux contre lesquels doit se diriger l'effort thérapeutique. Quelques cas accidentels de gangrène du vagin dans de vieux prolapsus, suivis du retrait et du maintien de l'organe prolabé avaient indiqué la voie. Malheusement l'art ne peut reproduire qui difficilement ces lésions accidentelles, et les divers procédés de rétrécissement du vagin ont échoué, jusqu'à ce que Simon eût pensé à obéir aux deux indications principales en faisant la colpopérinéorraphie. Je dois ajouter que la vulvorraphie isolée comme la pratiquait Friche ne donnait point de résultats beaucoup plus satisfaisants.

C'est à la méthode combinée que j'ai presque exclusivement eu recours depuis 1881 jusqu'à ce jour. Malgré les quelques échecs ou les résultats incomplets qu'elle m'a fournis, je me sens peu disposé à l'abandonner. On peut établir d'abord que son innocuité est presque absolue; sur plus de 80 cas je n'ai jamais eu le moindre accident et si ces 80 cas sont ajoutés aux 160 de M. Bouilly, on arrive au chiffre respectable de 240 interventions, sans aucune mortalité.

Lorsque l'opération a été soigneusement pratiquée, elle donne des résultats complets. Une première malade a été revue complètement guèrie quatre ans après son opération. J'avais dû pratiquer chez elle l'amputation de Huguier, ce que je fais chez toutes les malades dont la cavité utérine mesure 12 centimètres ou plus. J'avais commencé par cette opération et ne pratiquai la colpopérinéorraphie qu'après la guérison complète.

Aujourd'hui je procède différemment et pratique en une seule séance la série des opérations réparatrices. Dans l'exécution de l'anaplastie vagino-périnéale, je me conforme aussi exactement que possible à la technique réglée par Hégar.

J'y adjoins toutefois, dans certains cas, une épisiorraphie partielle en faisant remonter, des extrémités latérales du triangle d'avivement postérieur, deux autres avivements qui atteignent le bord des petites lèvres et peuvent même empiéter sur leur extrémité inférieure.

Je pratique un très large avivement vaginal et fais une double suture ; une profonde au fil d'argent qui se cache complètement sous la surface cruentée, une superficielle entre les points d'argent avec le crin de Florence.

La suture périnéale est pratiquée également avec des fils d'ar-

gent plus forts que ceux qui servent pour le vagin; ils sont poussés très profondément au moyen de l'aiguille d'Emmet. J'ai parfois adossé l'avivement épisiorraphique avec la suture enchevillée.

J'obtiens presque toujours un plancher périnéal très épais qui mesure à l'extérieur de 7 à 8 centimètres. La paroi postérieure du vagin se trouve ainsi complètement modifiée dans sa direction. Elle est formée d'un double plan incliné; l'un postérieur oblique de haut en bas, d'arrière en avant, l'autre, vulvo-périnéal, incliné d'avant en arrière, de haut en bas.

Le col utérin vient se loger dans l'angle formé par la rencontre des deux plans; à moins d'une bascule complète en arrière, il lui est impossible de franchir l'obstacle périnéo-vulvaire.

En 1891, j'ai pratiqué à l'hôpital Saint-Louis, l'extirpation d'un utérus carcinomateux, chez une malade de 58 ans affectée de prolapsus utérin non réduit depuis de nombreuses années. Je me servis du procédé de Fritsch et incisai deux larges lambeaux triangulaires du vagin, l'un postérieur, l'autre antérieur, circonscrivant au milieu de leurs bases le col de l'utérus malade.

Je disséquai l'utérus et l'isolai comme s'il se fût agi d'une tumeur quelconque pinçant les vaisseaux et les liant à mesure que je les découvrais. Je réunis ensuite par une suture les bords des plaies laissées par l'incision du vagin; je ne me préoccupai aucunement de la vulve que je laissai dans l'état.

La malade guérit de mon intervention, bien qu'elle fût dans un état cachectique déjà avancé auquel elle finit par succomber cinq mois après l'opération.

Je pus constater chez elle, que malgré l'extirpation de l'utérus et la large incision du vagin, le prolapsus de ce dernier organe n'avait été que très incomplètement guéri puisqu'au moindre effort il venait se présenter à la vulve qu'il déformait légèrement. Si cette malade eût présenté des conditions de santé plus rassurantes, j'eusse été forcé de pratiquer une opération complémentaire sur la vulve.

Pour me résumer, je pense que l'extirpation de l'utérus ne trouvera que de rares applications dans la cure du prolapsus; que d'autre part, nous sommes en possession de moyens beaucoup moins rigoureux et dont les résultats définitifs égalent, s'ils ne les dépassent, ceux que peut fournir cette opération encore redoutable.

M. Championnière. Qu'il me soit permis, avant que cette discussion déjà longue soit définitivement close, de faire une dernière remarque. Dans les vastes questions, comme celle qui nous a occupés, il y a

souvent des recoins très importants, et l'observation de M. Monod le montre bien. Nous pourrions, partant de là, ouvrir une nouvelle discussion sur ces phénomènes nerveux réflexes dont j'ai souvent parlé et qui viennent d'être soulignés en passant par M. Monod. Je me garderai bien de le faire.

Je dirai en terminant que si j'ai apporté une note sombre dans le tableau des opérations faites contre la chute de l'utérus, je n'ai pas dit pourtant que je me refusais à les pratiquer.

Quoi qu'en pense M. Després, ces opérations seront toujours indiquées, lorsqu'elles s'adresseront à des lésions contre lesquelles tout aura échoué et que les malades viendront, comme c'est l'ordinaire, nous supplier de tenter un dernier effort.

M. Quénu. A l'heure de ma communication, les observations françaises d'hystérectomies vaginales pour prolapsus, *publiées*, étaient de 14[1]. Je me félicite d'avoir fait sortir de leurs cartons toute une série de documents nombreux et instructifs, non seulement au point de vue spécial qui nous occupe, mais encore au point de vue de l'histoire générale du prolapsus. Les deux nouvelles observations de M. P. Segond, les cinq de M. Richelot, les huit de M. Championnière, celle de M. Schwartz, les deux de M. Routier, les trois de M. Reclus, les deux de M. Le Dentu, les huit de M. Reynier, les quatre de M. Pozzi, celle de M. Bouilly et, enfin, les cinq de M. Chaput et celle de M. Monod forment un total de quarante-deux qui, ajoutées aux quatorze citées dans mon rapport et aux deux observations de M. Hartmann[2], parues depuis, portent à cinquante-huit le chiffre des opérations pratiquées en France.

Mes collègues ont fait avec raison porter leurs critiques sur deux points essentiels : 1° la justification de l'opération pour certains cas ; 2° la technique opératoire.

L'hystérectomie vaginale mérite-t-elle oui ou non de prendre rang parmi les moyens de traitement dirigés contre le prolapsus? et j'entends le prolapsus non compliqué de néoplasmes ni de lésions annexielles ?

En somme, la majorité des orateurs ont admis la légitimité de l'opération *réservée à certains cas spéciaux ;* ce sont MM. Segond, Richelot, Reclus, Reynier, Pozzi, Chaput et Monod ; d'autres, tels que M. Championnière, restent dans l'incertitude, un peu sceptiques devant tous les moyens qui assurent la cure radicale du prolapsus génital. D'autres enfin, MM. Routier, Le Dentu, Bouilly et Marchant, après avoir essayé ce traitement, y ont renoncé et s'en

[1] Il faut en effet ajouter aux treize que j'avais mentionnées une observation de Pozzi citée dans la deuxième édition de son *Traité de gynécologie.*

[2] *Annales de gynécologie*, janvier 1894.

déclarent les adversaires résolus. Notre collègue M. Bouilly s'est, à ce propos, élevé avec éloquence contre les chirurgiens qui songeraient à étendre les limites de l'hystérectomie appliquée au traitement du prolapsus. Je ne puis que le remercier publiquement de l'occasion qu'il me donne de protester hautement contre une idée de généralisation qui n'a germé, j'en suis sûr, dans aucun cerveau de cette Société.

Nous n'avions à aucun moment entendu établir de parallèle entre l'hystérectomie vaginale et la colporraphie ; nous avons écrit en toutes lettres que chez les femmes jeunes et même chez certaines qui ont dépassé la ménopause, les autoplasties vagino-périnéales sont les *opérations de choix*.

L'hystérectomie vaginale, ai-je dit dans mes conclusions, est une bonne opération contre « le prolapsus total chez des femmes ayant atteint la ménopause, principalement quand il s'agit de femmes dont la condition sociale nécessite une vie active, *spécialement lorsque l'état du périnée et du vagin ne laisse aucun doute sur la possibilité de restaurer utilement l'appareil de soutènement.* Il ne m'en coûte rien après avoir entendu les intéressantes communications de mes collègues d'accentuer encore ces réserves et de dire avec la plupart que l'*hysterectomie doit être une opération d'exception.*

Ces déclarations faites, j'ai hâte d'ajouter qu'à mon sens la discussion n'a pas assez porté sur le point essentiel. La colpo-périnéorraphie est le traitement de choix du prolapsus utérin, c'est entendu, nous l'admettons tous, sauf M. Desprès ; mais cette colpopérinéorraphie suffit-elle à tous les cas? Peut-elle à elle seule guérir les malades dont le plancher pelvien a subi cette atrophie sénile si intéressante que j'ai donnée comme indication spéciale de l'hystérectomie? Il est clair que si vous nous en donnez la démonstration, nous n'aurons plus qu'à faire comme vous, à abandonner sans esprit de retour la cause de l'hystérectomie vaginale. Il ne suffit pas de nous dire : « J'ai fait tant de colpopérinéorraphies avec succès. » J'en ai fait aussi beaucoup ; moins que M. Bouilly ; mais en dehors de mon service hospitalier, il ne se passe pas de mois que je n'aie l'occasion, à la fondation Pereire, de pratiquer une de ces opérations anaplastiques excellentes. Mais les cas auxquels je réserve l'hystérectomie sont absolument différents de ceux-là.

M. Reynier nous a fait un tableau exact de ces vieilles femmes chez lesquelles le système musculaire des parois abdominales a perdu toute tonicité, dont le plancher pelvien tout entier, privé de ses muscles totalement ou partiellement atrophiés, a subi un véritable effondrement : tissus variqueux, parties molles périnéales atrophiées, utérus chassé entièrement par l'intestin et ayant comme

perdu droit de domicile dans la cavité abdominale : telle est la situation. Pouvez-vous, avec de la mauvaise étoffe, faire de la bonne réparation? C'est ce que vous devez démontrer, apportez-nous des observations de cet ordre et longuement suivies, et expliquez-nous pourquoi tant de vieilles femmes n'ont encore, à l'heure qu'il est, pour ressource que ces appareils périnéaux qui soutiennent l'utérus à la vulve. Je ne suis pas le seul à avoir observé de pareilles malades. Pourquoi des récidives après des colporraphies bien faites.

Il serait par trop commode de prétendre que ces récidives sont dues à une mauvaise exécution opératoire; la variété, le nombre et la compétence des opérateurs, tant en France qu'à l'étranger, protestent contre cette supposition très gratuite; il est incontestable que les cas sont très différents les uns des autres, et que c'est vers leur analyse minutieuse que doit désormais se porter notre attention.

A un autre point de vue, je diffère un peu de mes collègues Segond, Reclus et Pozzi, accordant moins d'importance qu'eux à l'hypertrophie utérine, qu'on peut du reste réduire par une excision du col, et m'attachant davantage à l'examen de l'état anatomique de l'appareil de soutènement.

Il est bien évident que pour la sélection des cas justiciables de l'hystérectomie, une règle précise au moins, à l'heure qu'il est, est d'énoncé difficile : certains ne se résoudront au sacrifice de l'utérus qu'après un premier échec autoplastique; M. Richelot se rangerait assez volontiers, je crois, parmi ceux-là ; la facilité d'un mode opératoire adopté, le plus ou moins de confiance personnelle en la bénignité de l'intervention etc., sont autant de causes aptes à influencer les déterminations de chacun, mais toujours dans le cadre restreint des indications énoncées plus haut.

La question de la gravité opératoire se rattache de trop près à celle des indications pour que j'omette de m'y arrêter, surtout après les faits très importants qui nous ont été ici communiqués.

Plusieurs membres de cette Société, M. Le Dentu en particulier, ont éprouvé quelques difficultés à séparer l'utérus de la vessie; j'avais mentionné cette complication opératoire très réelle et donné les moyens d'y remédier : à part ces adhérences vésicales, je considérais l'hystérectomie vaginale pour prolapsus total comme très facile; dois-je l'avouer, les accidents hémorragiques que plusieurs d'entre vous ont rencontrés n'ont pas ébranlé ma conviction. Assurément ces utérus sont fréquemment d'une vascularisation exagérée; ce sont, comme l'a très bien dit M. Reynier, des utérus variqueux; j'ajoute qu'ils sont en même temps enflammés, ainsi

que la partie profonde du vagin : mais je pense justement que vous avez éprouvé des difficultés d'hémostase parce que vous n'avez pas modifié votre procédé opératoire et que vous avez voulu faire vite ; toute votre région opératoire reste au dehors de la vulve, sous vos yeux, appliquez des pinces en quantité sur vos tranches vaginales et faites la section médiane avec deux bonnes pinces à traction sur chaque moitié d'utérus, il me paraît difficile que cela saigne. Quant à l'hémostase définitive, elle me paraît assurée et par la ligature et par la suture des tranches séro-vaginales aux moignons de ligaments larges. Je ne comprends pas que, pouvant lier à la soie un pédicule qu'on a sous les yeux et sous les doigts, on y mette des pinces qui peuvent glisser ou même se briser ; la situation n'est pas du tout la même que dans les cas d'utérus en place. Voilà pourquoi j'ai émis cette proposition « qu'une hystérectomie pour prolapsus ne doit pas ressembler à une hystérectomie ordinaire ». Plusieurs de mes contradicteurs ont dit : « Tantôt nous avons fait des ligatures, tantôt nous avons mis des pinces, le premier moyen n'a pas été meilleur que le second. » M. Reynier dit même qu'il a été plus mauvais. Mais si vous n'avez pas dénudé votre étage inférieur des ligaments larges, si vous n'avez fait aucun décollement de ce côté, c'est-à-dire latéralement, d'où peut donc bien venir votre hémorragie ? « De la tranche vaginale », me dit M. Championnière. Je lui réponds que la suture, qu'elle soit faite comme vous l'a exposé M. Pozzi, ou autrement, vous assure formellement contre cet accident. Je ne fais allusion ici qu'aux cas de prolapsus simples, la malade de M. Schwartz avait un fibrome, on ne saurait tirer de ce fait aucun argument.

J'ai proposé de réunir les ligaments larges l'un à l'autre et insisté le premier, je pense, dans notre pays, sur le travail de rétraction qui s'accomplit du côté des ligaments larges après une hystérectomie. Avec des formes très bienveillantes vous ne m'avez pas ménagé les critiques. M. Reclus décoche à ma suture l'épithète de mince plancher constitué par quelques vaisseaux.

Que M. Reclus prenne donc la peine de répéter cette opération sur le cadavre, il verra que les ligaments larges réunis l'un à l'autre ne forment pas un mince plancher, qu'ils constituent au contraire, une sangle épaisse et résistante. Cette sangle, MM. Richelot, Segond et Pozzi la méprisent moins. « Mais à quoi bon tant de peine, disent-ils, elle se forme toute seule. » Richelot a constaté à l'autopsie l'accolement des ligaments larges quelques jours après l'opération, tout le monde sait avec quelle rapidité l'ouverture vaginale se rétrécit, ne laissant bientôt en son lieu et place qu'une sorte de cicatrice ombiliquée. Mais prétendrez-vous que la réunion ne sera pas mieux assurée par des fils de soie persistants, que par

une cicatrice qui fatalement subit et l'atrophie, et les effets des rétractions latérales?

Pourquoi ne pas se comporter comme pour un sac herniaire, comme pour toute ouverture que vous préférez effacer par une réunion directe et primitive plutôt que d'en confier le soin à la nature médicatrice? L'opération qui consiste à rattacher le vagin au péritoine n'est pas du tout une conception théorique : les résultats de R. Asch, de Martin et les miens en témoignent. Martin a publié des résultats datant de 4 et de 7 ans, R. Asch de 3 ans, enfin un chirurgien de San Francisco, M. Beverley Monagle, a publié l'observation d'une malade opérée en 1888 et qu'il a revue en 1892 en parfait état.

Je cite à part ce dernier auteur, car, quoi qu'en dise M. Pozzi, il est le seul qui ait employé un procédé opératoire très analogue sinon identique au mien. M. Beverley Monagle a publié son travail dans le *Gynecological transactions* de 1892, il y est fait mention d'une malade opérée le 2 décembre 1892 et guérie. La publication du livre est donc au moins postérieure au 10 ou 12 décembre. Ma première opération a été faite le 23 décembre 1892. Le rapprochement de ces dates démontre clairement, je pense, qu'il ne m'était pas matériellement possible autrement que par dépêches de connaître le procédé opératoire de l'auteur américain. Je ne l'ai pas signalé à la Société parce que j'ignorais encore son existence avant que M. Hartmann eût publié son intéressant article dans les *Annales de gynécologie*; il est probable que le volume des *Gynecological transactions* qu'il a en sa possession et qu'il m'a confié est le seul qui existe en France. Je suis heureux que le cas de M. Beverley Monagle qui date de 4 ans vienne éloquemment répondre, mieux encore que mes observations personnelles, au reproche fait à mes résultats, à savoir d'être de date trop récente.

En résumé, Messieurs, il ressort de cette discussion que ceux d'entre nous qui admettent l'hystérectomie, la réservent à titre de méthode exceptionnelle aux cas où le relâchement et l'atrophie des tissus chez les femmes âgées font douter des résultats anaplastiques. A nos adversaires de prouver que dans leurs mains la colporraphie est dans tous les cas une arme infaillible. Comme mes collègues je crois nécessaire l'association de la colpopérinéorraphie à l'ablation de l'utérus. A mes collègues d'essayer le procédé opératoire que j'ai présenté, et de me dire ensuite si leurs objections ne sont pas plus théoriques que mes recommandations [1].

[1] M. le Dr Gaudier a publié en 1893, dans son *Bulletin médical du Nord*, un procédé qui se rapproche beaucoup du mien (mon opération, je le rappelle, est du 23 décembre 1892).

Paris. — Imp. Paul Dupont, 4, rue du Bouloi (Cl.) 42.3.94. *Le gérant :* G. Masson

Communication.

Suture intra-dermique, nouveau procédé de suture de la peau.

Par M. S. Pozzi.

Quel que soit le soin avec lequel on pratique la suture des téguments avec les procédés ordinaires, il est presque impossible d'obtenir une cicatrice parfaitement linéaire. Les points de suture, à moins d'être enlevés trop prématurément, laissent une empreinte qui varie avec la finesse de la peau suivant la région et suivant les sujets. Dans la laparotomie en particulier, j'ai eu l'habitude jusqu'ici d'affronter la plaie cutanée avec un surjet de catgut fin qui se dissout au bout de huit jours au plus. Sur plusieurs de mes opérées il a suffi de ce court laps de temps pour que l'empreinte du fil restât marquée pendant plusieurs mois sous forme de stries qui d'abord rouges peuvent se charger ensuite de pigment à l'occasion. Cette petite irrégularité de la cicatrice relativement peu importante dans une partie cachée offre plus d'inconvénients dans une région découverte comme le cou ou la face.

Or, quelle que soit la suture du fil dont on se sert (soie, catgut, crin de Florence, fil d'argent) l'empreinte dont je parle peut se produire, alors même qu'on a pris soin d'opérer une striction modérée, d'étreindre de chaque côté de la plaie une égale quantité de tissu, et de sectionner les fils dès que la réunion est obtenue.

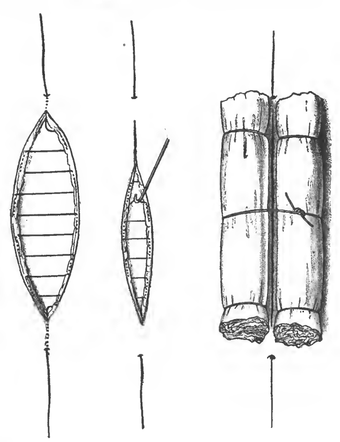
Le nouveau mode de suture que je vais vous décrire met à l'abri de cet inconvénient. Je l'ai employé plusieurs fois avec succès depuis que je l'ai vu mettre en usage à l'hôpital John Hopkins, de Baltimore. Des recherches bibliographiques ultérieures m'ont permis d'en attribuer l'invention à un chirurgien irlandais Kendal Franks[1]; mais elle semble être encore assez peu connue pour qu'il y ait quelque intérêt à la décrire; j'ai du reste apporté d'assez notables modifications à la technique de l'inventeur.

La suture intra-dermique pourra être à *points séparés* ou *continue en surjet.*

1° *Suture à points séparés.* — Les deux lèvres de la plaie étant maintenues bien tendues, on les traverse successivement avec une aiguille, en ayant soin de passer chaque fois dans l'épaisseur du derme immédiatement au-dessous et le plus près possible de sa surface. Si l'on négligeait cette dernière précaution, on verrait après avoir noué le fil, les deux lèvres se renverser en dehors, et la plaie rester légèrement entr' ouverte.

[1] On subcuticular suture (*British medical Journal*, 1890, t. I, p. 414).

La suture intra-dermique à points séparés ne me parait guère pouvoir être utilement employée qu'avec du catgut très fin et dans des conditions exceptionnelles, par exemple pour consolider une suture intra-dermique continue. Si l'on se servait de soie ou de tout autre fil non susceptible de se dissoudre, on serait obligé de le laisser en place, et vu la proximité de la surface de la peau le nœud pourrait y faire une légère saillie et ultérieurement s'infecter.



2° *Suture intra-dermique continue.* — C'est le mode de suture qui est appelé à rendre le plus de services : Kendal Franks emploie exclusivement le catgut. Je crois plus sûr de se servir de la soie. Je recommande d'employer un fil très fin enfilé à des aiguilles de Hagedorn petites et courbes. L'angle supérieur de la plaie doit être maintenu fixé et chacune des lèvres est à tour de rôle tendue et un peu renversée à l'aide de deux pinces à disséquer, dont l'une est tenue par le chirurgien et l'autre par son aide.

L'aiguille pénètre d'abord à un centimètre au-dessus de l'angle de la plaie, traverse toute la peau, ressort dans la plaie entraînant après elle le fil, jusqu'au niveau d'un nœud qui y est fait, puis pénètre dans l'épaisseur d'une des lèvres où elle suit un trajet intra-dermique de trois à quatre millimètres. Elle ressort, et elle est portée du côté opposé. On pique l'épaisseur de cette seconde lèvre à un niveau qui correspond exactement au point de sortie du fil sur l'autre lèvre.

On continue ainsi à traverser alternativement l'épaisseur du derme à droite et à gauche jusqu'à la partie inférieure de la plaie. Le trajet du fil dessine un zig-zag qui rappelle celui d'un lacet de corset, les œillets étant ici représentés par les trajets intra-dermiques. Quand on est arrivé à la partie inférieure de la plaie on fait ressortir l'aiguille à un centimètre au-dessous de cet angle en traversant l'épaisseur de la peau.

Il ne reste plus qu'à resserrer de haut en bas la suture, en tirant successivement avec un crochet sur chacune des anses du surjet (à moins qu'on n'ait préféré serrer chaque point à mesure qu'il était placé). Lorsqu'on a achevé cette manœuvre, la plaie est réduite à la ligne d'incision et le fil est complètement caché, sauf aux deux extrémités. Il n'est généralement pas utile de placer des points séparés complémentaires intra ou extra-dermiques pour assurer contre la béance ultérieure de la suture. Mais si on le croyait nécessaire on y aurait recours. On peut faire un nœud sur chacun des chefs du fil, au niveau de la peau, pour l'empêcher de glisser et de se relâcher).

Pour ma part, j'ai toujours eu l'habitude de consolider ma suture abdominale d'affrontement par un point complémentaire de suture de soutènement comprenant toute l'épaisseur des téguments et du pannicule adipeux, que je noue sur deux rouleaux de gaze iodoformée à la manière des sutures enchevillées. Cette technique offre ici l'avantage particulier d'assurer une coaptation plus exacte de la peau, et d'éviter tout relâchement ultérieur.

Pour enlever le fil de la suture intra-dermique (ce qui se fait généralement au huitième jour) on attire un peu le chef supérieur de manière à mener à l'extérieur une partie cachée du fil, on sectionne à ce niveau et on n'a plus qu'à tirer sur le chef inférieur pour enlever facilement la totalité du fil.

Pendant les huit jours qui suivent, je place une suture sèche avec une bandelette de diachylon iodoformé pour soutenir la cicatrice contre tout tiraillement

J'ai obtenu ainsi des cicatrices de laparotomie presque entièrement invisibles au bout de quelques semaines.

Lectures.

M. Ricard lit une observation de *fibrosarcome volumineux du corps thyroïde. Extirpation. Résection de la veine jugulaire interne. Suture par points de Lembert du tronc brachiocéphalique veineux* (M. Monod, rapporteur).

M. Calot (de Berck-sur-Mer) lit une note *sur l'état actuel d'un enfant opéré depuis deux ans d'une tumeur blanche coxo-fémorale* (M. Kirmisson, rapporteur).

Présentation de malades.

Malade opéré de cystostomie sus-pubienne (*opération de Poncet*), par M. Nélaton.

M. Nélaton. J'ai opéré le malade que j'ai l'honneur de vous présenter, il y a déjà onze mois. Il était à ce moment en pleine cachexie urinaire. Quoique sa prostate soit très développée, il ne présentait pas de rétention d'urine complète, mais il vidait mal sa vessie; les urines étaient très purulentes et l'état général s'aggravait si rapidement que la mort semblait prochaine. Vous pouvez constater que l'opéré se trouve actuellement dans des conditions de santé très satisfaisantes.

Discussion.

M. Desprès. Je suis absolument partisan de l'ouverture de la vessie chez les malades qui souffrent de douleurs vésicales que rien ne calme. Mais cette opération est loin d'être neuve.

Avicenne disait déjà que chez les calculeux, lorsque le volume de la pierre est tel que son ablation se trouve impossible quand l'on ne pouvait faire la taille de Celse, il faut faire la taille périnéale et créer une fistule périnéale permanente. La cystostomie sus-pubienne est certainement préférable. Je l'ai faite dans des cas de cystite très douloureuse. Je la referai quand j'en trouverai l'occasion.

Elle procure un soulagement complet, immédiat, comme l'opération de la taille chez les calculeux ; mais il faut maintenir la fistule.

M. Nélaton. Ce n'est pas pour les faits dont parle M. Desprès que M. Poncet a pratiqué son opération, mais pour un ordre de lésions tout autre, et sur ce dernier point M. Poncet a parfaitement innové ; la plupart des chirurgiens qui s'occupent spécialement des voies urinaires sont même encore opposés à sa manière de voir.

M. Poncet. Je remercie M. Nélaton d'avoir bien voulu profiter de mon séjour à Paris pour vous présenter son opéré. Il n'y a assurément rien de nouveau sous le soleil et la cystostomie est une chose ancienne. Je crois néanmoins qu'avant la cystostomie sus-pubienne que j'ai été le premier à proposer et à exécuter chez les prostatiques, on n'avait aucun moyen efficace de triompher des accidents urinaires contre lesquels le cathétérisme était impuissant.

Un dernier point doit être mis en relief dans l'opération qu'a faite M. Nélaton. Il a pratiqué la cystostomie pour des complications urinaires en dehors de toute rétention. Grâce à cette opération si bien indiquée, le malade a guéri et se porte bien depuis onze mois.

M. Desprès. Pour moi, les affections de la prostate ne constituent jamais une indication de la cystostomie. On peut les guérir autrement. Je n'admets l'opération que dans les cystites douloureuses, chroniques, irrémédiables, ayant entraîné un état cachectique.

Présentation d'instruments.

Pelvi-cuvette.

M. Poncet montre un appareil qu'il a fait construire par M. Collin pour laver dans leur lit des malades atteints de plaies suppurantes de la partie inférieure du tronc ou supérieure des cuisses. C'est une pelvi-cuvette, c'est-à-dire une large cuvette présentant à son centre une partie cylindrique élevée qui constitue un pelvi-support.

Catgut.

M. Michaux présente un catgut fabriqué exclusivement avec la bande longitudinale de l'intestin du mouton et dont le filage a été exécuté dans des conditions aussi aseptiques que possible par M. Roussel fils, pharmacien à Paris.

Discussion.

M. Michaux est d'avis que si l'on avait des catguts très résistants, comme ceux qu'il présente, il y aurait intérêt à s'en servir plutôt que de la soie qu'il est si difficile de trouver bien stérilisée.

M. Quénu déclare que rien n'est plus facile à stériliser que la soie. Il faudrait, pour se ranger à l'opinion de M. Michaux, admettre que la chaleur humide est impuissante à produire la stérilisation, ce que personne ne soutiendra. Mais il ne faut pas, comme M. Michaux, employer des soies fournies toutes préparées par l'industrie. Il faut les stériliser soi-même.

M. Chaput. Les soies bien préparées ne produisent jamais de suppuration dans la profondeur; au niveau de la peau, on les voit s'infecter quelquefois, et, comme elles cultivent facilement, une suppuration plus ou moins étendue s'ensuit.

M. Championnière. Je pense que l'on peut, sans grande difficulté, préparer de la soie aseptique; mais il est tout aussi facile d'avoir du bon catgut. Après avoir essayé de bien des procédés, je suis, pour mon compte, revenu à celui de Lister. Mais la première condition est toujours d'opérer soi-même. A propos des catguts que M. Michaux nous a présentés, je ne comprends pas bien l'intervention du pharmacien préparateur dans le choix de telle ou telle portion de l'intestin qui serait plus résistante que les autres. Il n'y a guère, je crois, que le boyaudier qui puisse faire ce choix. C'est de ses mains que l'on recevra toujours le catgut déjà mis en cordes.

M. Michaux assure que le préparateur de catgut dont il a parlé prend directement à l'abattoir les éléments de sa fabrication, et il montre dans un flacon de longues bandes longitudinales prélevées par lui sur l'intestin des moutons.

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,
Peyrot.

Séance du 14 février 1894.

Présidence de M. J.-L. Championnière.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Lettre de M. Keen (de Philadelphie), remerciant la Société de lui avoir accordé le titre de correspondant étranger, et de M. de Vlaccoz (de Mételin), accusant réception et remerciant pour l'envoi de la médaille du Cinquantenaire ;

3° Mémoire sur l'*Hépatotomie rapide dans l'hépatite suppurée*, par M. Atgier (d'Angers);

4° *Mémoires de la Société de médecine de Nancy* (1892-93);

5° M. Desprès offre la quatrième édition de *La Chirurgie journalière*, Paris, 1894.

M. Championnière annonce que Mme Le Fort a bien voulu envoyer à la Société de chirurgie un portrait de son mari, notre regretté collègue.

A propos du procès-verbal.

Sur le procédé de fabrication du catgut.

M. Michaux. Le catgut que j'ai l'honneur de présenter est préparé par M. Roussel, suivant un procédé qui lui appartient et qu'il décrit en ces termes :

1° Je me procure du boyau de mouton à l'abattoir.

L'intestin du mouton a, d'une extrémité à l'autre, une structure uniforme qui ne permet pas de distinguer l'intestin grêle du côlon. Il est formé de fibres circulaires et de fibres longitudinales. Ces dernières sont groupées, non pas en plusieurs bandes, mais en un

seul faisceau qui constitue ce que les fabricants de cordes à violon appellent *le nerf*.

2° Je fais nettoyer et fendre l'intestin par un boyaudier qui, à l'aide d'un appareil spécial, détache la bande longitudinale et rejette les fibres circulaires.

3° Je dégraisse les lanières ainsi obtenues en les immergeant dans une solution diluée de soude.

4° Les bandes dégraissées sont plongées pendant vingt-quatre heures dans de l'eau oxygénée qui les blanchit.

5° Après un lavage suffisant qui les débarrasse de toute trace de liquide oxydant, les bandes sont immergées pendant quatre jours dans une solution à 5 0/0 de cyanure de mercure. Ce sel est employé de préférence au bichlorure qui altère les instruments métalliques.

6° Les bandes sont portées sur un métier à filer spécial dont les griffes qui, seules, peuvent toucher le catgut, sont stérilisées avant chaque opération.

7° Ce filage se fait dans un laboratoire qui ne sert qu'à cet usage et est soufré au préalable. Le catgut reste quinze heures tendu sur le métier. Après ce temps, la dessication est complète; le catgut est alors frotté avec une pierre ponce stérilisée et relevé sur des bobines de verre aseptiques.

8° Le catgut embobiné est plongé pendant quelques jours dans de l'alcool absolu qui le débarrasse de l'excès de sel mercuriel; ceci est nécessaire, car le cyanure de mercure forme avec le naphtol un produit huileux noir qui rend le catgut glissant. Il est ensuite enfermé dans des flacons remplis d'une solution alcoolique de naphtol.

Pour toutes ces manipulations, je me place dans les conditions d'une asepsie rigoureuse, ne différant en rien des précautions que prend le chirurgien au moment de l'opération.

Je pratique le procédé qui vient d'être décrit en raison des observations suivantes :

1° Il est certain qu'on ne peut exiger des ouvriers qu'ils observent l'asepsie la plus élémentaire.

2° Il ne suffit pas, pour aseptiser le catgut, de le faire séjourner, *après son filage*, dans un liquide antiseptique; en effet, après le filage, aucun liquide utilisable ne peut atteindre les parties internes, car l'huile est d'un emploi défectueux et l'eau qui, seule, pénètre facilement, détruit la torsion. Donc l'asepsie doit être obtenue avant le filage.

3° Les fibres circulaires n'augmentent pas la résistance, mais seulement le volume du catgut. Leur conservation est donc inutile; leur séparation est même avantageuse, car on atteint beaucoup

plus facilement toutes les parties du boyau lorsque celui-ci est réduit à une bande.

Mon catgut, essayé au point de vue microbiologique, sur gélatine et agar-agar, n'a donné ni liquéfaction ni pellicule.

La résistance a été essayée, comparativement à celle d'un catgut préparé par moi avec du boyau entier.

De ces essais, il résulte que, à nombre de brins égal, le catgut fait par mon procédé est aussi résistant et plus fin que le catgut préparé avec le boyau entier.

Communication.

Rupture traumatique de l'urètre. Rétrécissements, abcès urineux et fistules périnéo-scrotales consécutifs. Calculs. Contusion rénale. Cysto-pyélo-néphrite purulente. Antisepsie urinaire. Réparation de l'urètre périnéal. Guérison opératoire et amélioration de l'état général.

Par M. Reboul (de Nîmes), membre correspondant.

M. Reboul adresse une observation qu'il résume lui-même en ces termes :

Il s'agit d'un homme de 52 ans, capitaine de port à Suez, qui, il y a vingt ans, a subi une rupture traumatique de l'urètre par compression violente de l'urètre contre la symphyse.

Une hématurie, une infiltration d'urine, des abcès urineux ont suivi. C'est là la marche habituelle de ces ruptures abandonnées à elles-mêmes. Plus tard, des fistules se sont produites, la miction est devenue de plus en plus difficile par l'urètre, un rétrécissement très serré s'est constitué et, dès lors, le malade urinait par son périnée. Mais les clapiers formés par le séjour ou l'infiltration de l'urine dans le périnée ou les bourses, n'ont pas tardé à déterminer l'infection de tout l'appareil urinaire. Des phénomènes de cystite se sont montrés. Une contusion de la région lombaire, reçue il y a sept ans, paraît avoir accéléré la marche ascendante de l'infection et bientôt une cysto-uretéro-pyélonéphrite chirurgicale s'est constituée, réagissant sur tout l'organisme et faisant de notre malade un type de cachexie urinaire avec toutes ses complications.

Quand nous l'avons vu, son état était grave, l'infection était extrême. Nous ne pouvions dans ces conditions penser à intervenir immédiatement. Les urines étaient fétides, fortement ammoniacales et purulentes, un rétrécissement très serré de l'urètre empêchait tout examen complet, des fistules multiples, des poches urineuses périnéales donnaient

du pus infect, la miction se faisait en grande partie par le périnée, très peu par la verge. Je me contentai donc, pendant trois mois, de soumettre mon malade au régime lacté absolu ou mixte, à l'antisepsie urinaire à l'aide du salol, du benzo-naphtol, des eaux de Contrexéville et d'Évian. Entre temps, je combattais les crises de cystite aiguë par la morphine, les lavements chauds et j'essayais de dilater progressivement l'urètre.

Pendant le cours de ces dilatations, je reconnus l'existence de calculs urétraux, mais toutes mes tentatives pour les extraire, avec divers instruments, restèrent stériles.

Enfin, après trois mois de ce traitement, les urines n'étaient plus infectes, elles étaient moins ammoniacales et moins purulentes; les forces étaient revenues, l'état général était très amélioré et nous pouvions, dans de bien meilleures conditions, intervenir et chercher à supprimer les fistules, les clapiers, extraire les calculs et essayer de restaurer l'urètre périnéal ou tout au moins donner un large cours à l'urine par les voies normales. En détruisant les foyers d'infection, nous pouvions espérer améliorer l'état des voies urinaires supérieures.

L'excision des fistules et des clapiers, leur curettage a été le temps le plus long et le plus ennuyeux de l'opération, à cause des diverticules et des petits abcès que nous rencontrions.

Opérant dans un périnée ligneux, il nous a été assez difficile d'arriver sur l'urètre, ne pouvant compter sur le point de repère donné par le cathéter urétral, mais en me maintenant exactement sur la ligne médiane, j'ai pu le retrouver (en partie du moins) et constater qu'il manquait sur une étendue de 4 centimètres environ.

Le bout antérieur s'ouvrait dans la grande poche contenant de l'urine purulente et des calculs. J'ai pu nettement constater les prolongements pubiens de cet abcès péri-urétral. N'ayant qu'une mince bandelette de la paroi supérieure du canal, je ne pouvais réparer l'urètre qu'en me servant des tissus environnants. Je taillai donc deux lambeaux de ce tissu sclérosé et les réunis sur la sonde au moyen de six points de suture, puis je terminai par la suture à étages du périnée.

Malgré les foyers de suppuration que j'avais rencontrés dans le cours de l'opération, malgré l'état scléreux du périnée et le peu de tissus que j'avais à ma disposition, je tentai la réunion primitive sans drain. Je n'ai pas eu à le regretter. Il est vrai que je n'ai pas obtenu une réunion primitive absolue, qu'une fistule périnéale s'est produite après l'opération et que j'ai dû lutter contre elle, mais je suis persuadé avoir obtenu un résultat plus rapide et plus complet que si j'avais attendu la réunion secondaire avec drainage au plafond. D'ailleurs cette fistule s'est assez rapidement tarie, sous l'influence des injections de naphtol camphré, de nitrate d'argent, et surtout grâce à la dilatation progressive de l'urètre qui permettait à la fin une miction normale et à plein jet par la verge.

La présence de calculs dans les poches urineuses et les fistules consécutives aux rétrécissements ou ruptures de l'urètre est un fait peu fréquent. D'après la forme et le volume de ces calculs, je me suis de-

mandé s'ils n'auraient pas une origine rénale, d'autant plus que notre malade a eu, dit-il, autrefois des coliques néphrétiques; cependant il se pourrait aussi qu'ils se soient formés sur place. L'exploration directe du rein aurait seule permis d'établir nettement cette origine. La situation de ces calculs dans une poche péri-uréthrale explique les difficultés de leur extraction par la verge. (Je n'ai pu faire pratiquer l'examen chimique de ces calculs, mon malade m'ayant manifesté le désir de les conserver tous soigneusement.)

Les complications articulaires que notre malade a présentées à plusieurs reprises me paraissent dues à des localisations de l'infection urinaire, comme cela s'observe dans les diverses urétrites bactériennes.

Quand mon malade m'a quitté pour retourner en Égypte, deux mois après l'opération, l'état général était très amélioré, les forces étaient revenues, l'appétit était excellent, les urines n'étaient plus ammoniacales et ne contenaient pas de pus, les reins n'étaient plus sensibles à l'exploration, leur volume avait diminué. Ce n'est certes pas là une guérison absolue, mais tout au moins une amélioration très notable. La pyélo-néphrite persiste certainement, mais les voies urinaires inférieures étant libres et réparées, il est probable que, sous l'influence d'un régime approprié et de séances de dilatation urétrale pour maintenir la béance du nouveau canal, l'amélioration s'accusera de plus en plus.

Cependant étant donné l'ancienneté des accidents que présente ce malade et les lésions probables des reins, il y a lieu de craindre une infection urinaire par insuffisance ou suppuration rénale.

Je serais bien intervenu sur les reins par la néphrotomie si mon malade avait pu rester plus longtemps en France et j'aurais, par un nettoyage soigné de ces organes, essayé de les modifier.

Je ne pouvais penser à pratiquer la néphrectomie, les deux reins, tuméfiés, sensibles, sont certainement malades, mais par deux néphrotomies successives, j'aurais certainement obtenu une plus grande amélioration. C'était, d'ailleurs, la conduite que j'aurais tenue et qui était acceptée par le malade, si celui-ci avait pu obtenir une prolongation de séjour.

Malgré ces réserves au point de vue rénal, le résultat que j'ai obtenu est bon. Les nouvelles reçues, ces jours derniers, de mon malade le confirment. Aussi me paraît-il que la réparation de l'urètre périnéal doit être faite dans les cas de rétrécissements traumatiques *ou non*, même anciens, avec poches et fistules urétrales simples ou multiples, avec ou sans calculs. Elle peut donner une guérison quand les voies urinaires supérieures ne sont pas atteintes et tout au moins une amélioration très notable dans le cas contraire.

Rapport.

Sur une observation de fracture de la partie moyenne du sternum par cause directe, par M. le Dr E. Poulain (de la Ferté-Macé).

Rapport par M. P. Michaux.

M. le Dr Poulain (de la Ferté-Macé) nous a adressé une observation de fracture directe de la partie moyenne du sternum, dont je résumerai rapidement les traits principaux.

Il s'agit d'un homme de 30 ans qui, le 1er mai dernier, en conduisant un bœuf indocile, fut renversé d'un coup de corne portant directement sur la partie moyenne du sternum.

Appelé le lendemain, notre confrère trouva le blessé étendu sur son lit, la tête fortement fléchie en avant, le menton presque en contact avec la paroi thoracique, les bras croisés sur la poitrine. Il y avait une gêne notable de la respiration et de la parole, de la toux. Localement, on constatait au milieu du sternum un gonflement et une légère ecchymose, et la palpation attentive permettait de reconnaître une fracture du sternum presque transversale ou plutôt légèrement oblique de haut en bas et de gauche à droite. La fracture était située immédiatement au-dessus de l'articulation de la quatrième côte, à 10 centimètres de la pointe de l'appendice xiphoïde et à 9 centimètres de la fourchette sternale.

Le troisième espace intercostal de chaque côté était considérablement effacé. Le fragment inférieur chevauchait d'un centimètre environ sur le supérieur.

La réduction fut obtenue en renversant aussi complètement que possible en arrière la tête et la partie supérieure du thorax et en exerçant une forte pesée sur le fragment inférieur au moment d'une grande inspiration.

Le résultat fut parfait et les suites furent des plus heureuses.

Cette observation est un des rares exemples de fracture du sternum par cause directe, à placer à côté des exemples classiques cités par Tillaux (coup de poing d'un gardien sur un aliéné de Bicêtre) et par Frémy (coup de timon de voiture).

La disposition particulière des cornes de ce bœuf, fortement courbées en demi-cercle sur le front, explique comment le choc a pu produire une fracture directe sans plaie pénétrante de la poitrine.

Communications.

De l'hystérectomie abdominale totale dans certaines affections suppurées des annexes.

Par M. H. Delagénière (du Mans).

J'ai pu me convaincre, en pratiquant l'hystérectomie abdominale totale pour fibromyomes de l'utérus, de l'innocuité relative de l'intervention. Là, le péril principal à écarter est l'infection péritonéale comme dans la plupart des laparotomies.

D'un autre côté, certaines laparotomies pour suppurations pelviennes n'ont pas amené la guérison complète de mes malades. J'ai dû faire consécutivement le curettage utérin (2 fois), l'amputation du col (1 fois), l'hystérectomie vaginale (1 fois) pour obtenir la guérison cherchée. Chez plusieurs malades, la guérison se fit attendre une année et même davantage. Enfin, chez un plus grand nombre, j'ai fait précéder la laparotomie d'une amputation circulaire du col avec curettage pour soustraire mes malades aux inconvénients d'une métrite intense qui n'aurait pas manqué de les faire souffrir après leur laparotomie. De telle sorte que, dans un grand nombre de ces cas, une double opération a été nécessaire.

L'hystérectomie vaginale pour ces cas spéciaux m'a donné des résultats moins satisfaisants encore. Dans un cas, je n'ai pas pu atteindre une poche purulente située très haut et j'ai dû secondairement laparotomiser ma malade ; dans un autre cas, il me fut impossible de reconnaître les annexes dans le magma inextricable trouvé derrière l'utérus enlevé. La malade fut soulagée pendant un certain temps, mais finit par mourir de fièvre hectique au bout de plusieurs mois.

Ce sont ces faits malheureux qui ont servi d'arguments principaux aux défenseurs de l'hystérectomie ou, au contraire, aux partisans de la laparotomie et cependant les insuccès de part et d'autre étaient faciles à prévoir puisque, d'une part, les laparotomistes se contentaient de supprimer les annexes malades, mais laissaient un utérus malade et, d'autre part, les hystérectomistes enlevaient l'utérus malade et laissaient en partie, ou en totalité, les annexes plus malades encore.

L'idéal était évidemment, pour ces cas spéciaux, d'enlever à la fois l'utérus et les annexes, prétention réalisable par l'hystérectomie vaginale dans certains cas; irréalisable, au contraire, dans d'autres, lorsque les adhérences sont intimes et lorsque les annexes comprises dans des fausses membranes se mêlent et

adhèrent aux anses intestinales. Or, c'est précisément dans ces conditions que l'extirpation des annexes s'impose pour obtenir la guérison complète de la malade.

Ce sont ces considérations qui m'ont amené à tenter l'extirpation totale des organes génitaux par la laparotomie, pour les cas qui nous occupent. Je savais l'opération praticable et je la croyais plus facile à réaliser dans ces conditions que, dans certains cas, de fibromes enclavés dans le bassin, que j'avais néanmoins opérés par ce procédé. En outre, les dangers d'infecter le péritoine, au cours de l'intervention, ne me semblaient pas plus grands, puisque, à la laparotomie classique pour pyosalpinx, j'ajoutais seulement l'extirpation d'un utérus infecté, saignant et devenant, par sa seule présence, un danger d'infection.

D'ailleurs, l'observation suivante démontrera que mes espérances ont été complètement réalisées.

Observation. — *Pyo-salpingites et métrite parenchymateuse. Hystérectomie abdominale totale. Guérison.*

La nommée D... (Marie), âgée de 36 ans, demeurant au Mans, route d'Alençon, entre à la maison de santé le 15 janvier 1894.

Rien à signaler comme antécédents héréditaires ni comme antécédents personnels. Réglée à 13 ans, sa menstruation a toujours été très irrégulière. Les règles très abondantes revenaient en général tous les quinze jours. Mariée à 22 ans, elle n'a pas eu d'enfant et affirme n'avoir jamais fait de fausse couche. Elle a eu ses dernières règles le 10 janvier.

Commémoratifs. — Elle a toujours souffert au moment de ses règles, mais depuis deux ans les douleurs deviennent tellement vives, surtout à gauche, que la malade doit prendre le lit. Les pertes menstruelles sont très abondantes. En 1893, une de ces pertes a duré cinq mois consécutifs ; depuis cette époque, qui remonte à huit mois, elle perd constamment du pus par le vagin.

État actuel. — L'état général est mauvais. La malade est cachectisée par un séjour au lit très prolongé. Elle ne présente rien au cœur ni aux poumons ; ses urines sont normales. Elle se plaint seulement de constipation. Le ventre n'est pas développé d'une façon anormale, mais au toucher on trouve l'utérus volumineux, bosselé, absolument immobilisé. Les culs-de-sac présentent de l'empâtement et sont très douloureux au toucher. Au spéculum, le col apparaît volumineux, sanieux, entr'ouvert ; il donne passage à un écoulement puriforme. La muqueuse utérine qui fait ectropion, est rouge, fongueuse et saigne au moindre attouchement.

Préparation de la malade. — Depuis un mois, la malade prend régulièrement par jour trois injections antiseptiques au sublimé, et en outre deux bains par semaine. Elle est purgée avec de l'huile de ricin (25 grammes) le 18 janvier ; enfin, rasée et savonnée dans un bain le 19.

Le 20, avant l'opération, le vagin et le col de l'utérus sont essuyés et frottés avec des tampons de gaze iodoformée ; une petite mèche de gaze iodoformée est introduite dans le museau de tanche et coupée ras ; enfin le vagin est distendu à son maximum dans les culs-de-sac avec de la gaze iodoformée.

Opération le 20 janvier 1894. — La malade est chloroformée avec l'appareil de Junker, puis placée sur le plan incliné. Je suis assisté par le docteur Bolognési (du Mans). Je pratique une incision médiane sous-ombilicale, longue de 10 centimètres environ. La paroi saigne beaucoup, mais le péritoine est facile à trouver et à ouvrir. Les anses intestinales masquent la cavité pelvienne, retenues par des adhérences aux organes génitaux. Ces adhérences peu solides sont rapidement rompues et les anses disparaissent dans la grande cavité abdominale. Je les protège au moyen de compresses stériles qui les recouvrent complètement. Allant ensuite à la recherche du fond de l'utérus, j'y fixe mon désenclaveur de moyenne dimension (1). L'utérus est absolument fixé par des adhérences qui l'immobilisent de toutes parts. Les annexes sont cachées, tombées dans la cavité de Douglas. Par des tractions exercées sur le corps utérin et des manœuvres de décollement, je parviens à découvrir et à isoler les annexes du côté gauche. Je les pédiculise sur l'angle utérin ; place au-dessous une pince clamp dont les mors arrivent bien au contact du corps de l'utérus. Je passe ensuite un gros fil de soie à 15 millimètres au-dessous de la pince, à travers le ligament large, puis je termine la ligature du pédicule comme dans une ovariotomie. Je sectionne ce pédicule entre le fil et la pince. Je répète les mêmes manœuvres du côté opposé et sectionne de la même façon mon ligament large droit. Cherchant alors comme repère le fond de la vessie, je pratique sur l'utérus une incision circulaire pour le séparer de la vessie en avant, des ligaments larges sur les côtés, et du péritoine en arrière. Je forme ainsi une collerette circulaire d'où j'énuclée l'utérus au moyen du bistouri. Des pinces hémostatiques sont placées au fur et à mesure sur les vaisseaux qui donnent. L'ouverture du vagin est difficile à faire. Je la simplifie en pratiquant une incision postérieure sur ma collerette. Le vagin une fois ouvert, rien n'est plus facile que d'inciser circulairement avec des ciseaux les culs-de-sac vaginaux. L'utérus se trouve donc ainsi enlevé avec les annexes de chaque côté. L'hémostase se fait rapidement, quatre ou cinq vaisseaux sont liés de chaque côté, enfin le péritoine est fermé de la façon suivante : l'échancrure faite en arrière à la collerette est d'abord fermée au moyen d'un surjet, puis par un deuxième surjet la collerette est fermée dans le sens antéro-postérieur. La cavité de Douglas est alors représentée par un vaste cul-de-sac parfaitement clos, de chaque côté duquel on voit les pédicules des annexes. Un nettoyage complet de cette cavité est fait avec des liquides antiseptiques. Un drain est placé dans cette cavité en raison des adhérences nombreuses qui ont été détachées, puis le ventre est refermé comme dans une laparotomie ordi-

[1] Sorte de tire-bouchon à anneau.

naire par une seule rangée de crins de Florence. Pansement avec poudre iodoforme, compresses stériles et ouate de tourbe. Durée totale : une heure et demie.

Pièces. — L'utérus est plutôt volumineux et contient plusieurs noyaux fibreux qui rendent sa forme très irrégulière. Le col ne présente rien de particulier; de chaque côté des angles de l'utérus sont appendues les annexes. L'ovaire gauche est kystique, la trompe est obstruée à son pavillon et distendue par un liquide séro-sanguinolent. L'ovaire droit est petit, scléreux, la trompe est très sinueuse, présente de petits kystes séreux près de son pavillon. Elle est obstruée et distendue par un liquide nettement purulent.

Marche. — La marche est des plus simples. La température reste normale et ne présente qu'une légère ascension à 38°,4 le soir du quatrième jour. Le tube est supprimé au bout de quarante-huit heures ; le tamponnement vaginal, à la fin du quatrième jour.

Aujourd'hui la malade va très bien, se lève et marche sans souffrir du ventre.

Il est assurément impossible de tirer des conclusions définitives d'un fait isolé. Mon seul but a été de montrer que l'hystérectomie abdominale totale dans certains cas de suppuration des annexes était une opération réalisable, presque facile et pas sensiblement plus grave que les opérations qn'on pourrait lui opposer, la laparotomie avec l'ablation simple des annexes et l'hystérectomie vaginale.

Discussion.

M. Pozzi. L'opération de M. Delagenière est loin d'être neuve. Elle a été pratiquée depuis longtemps en Amérique par divers chirurgiens notamment par Polk et Krug (de New-York), par Baldy (de Philadelphie). Cette ablation par la laparotomie de l'utérus et de ses annexes est bien plus en honneur dans ce pays que l'hystérectomie vaginale. Les chirurgiens qui la pratiquent lui donnent les mêmes indications que M. Segond donne à celle-ci, et qui se réduisent, en somme, à la bilatéralité des lésions des annexes.

Je me garderai de vouloir dénigrer des confrères éminents que j'apprécie hautement; mais je puis dire sans les offenser que s'ils paraissent s'éloigner en pareil cas de l'hystérectomie vaginale c'est qu'ils la font moins bien que les chirurgiens français. Avec l'habitude que nous avons de cette dernière nous la préférons à l'ablation totale de l'utérus et des annexes malades par la laparotomie. Cette opération est sûrement plus grave que l'hystérectomie vaginale. Vous savez du reste, que je ne reconnais à celle-ci que des indications restreintes.

M. Routier. Il y a sept ou huit ans dans un cas de suppuration du bassin je fus amené à faire l'ablation de l'utérus par la voie abdominale. Les annexes très adhérentes avaient été enlevées avec une peine extrême. Elles laissaient un utérus saignant de partout malgré des ligatures multiples en surjet. Je me décidai à amener l'organe au dehors et je l'enlevai au-dessus d'une ligature élastique en faisant un pédicule externe comme on avait alors coutume de le faire; mais je suis très éloigné d'ériger une opération de nécessité en méthode générale.

M. Chaput. J'ai fait un certain nombre d'interventions analogues à celle de M. Delagenière.

Ces opérations ont été l'objet d'un mémoire que j'ai communiqué en janvier dernier à la Société de gynécologie.

J'ai opéré de la façon suivante : dans un premier temps, je fais une incision circulaire sur le col utérin, j'isole le col en avant et en arrière sur une hauteur de quelques centimètres; je pince préventivement les ligaments larges et je les coupe dans l'étendue de 3 centimètres environ.

J'incise alors l'abdomen sur la ligne médiane, j'attaque aux ciseaux le péritoine du cul-de-sac vésico-utérin, je décolle avec le doigt et je rejoins la cavité vaginale. J'effondre d'avant en arrière le cul-de-sac de Douglas. Je coupe entre deux pinces le ligament infundibulo-pelvien qui réunit les annexes au détroit supérieur. Je charge sur deux autres pinces ce qui reste du ligament large, et lorsque ces manœuvres ont été répétées des deux côtés, l'utérus et les annexes sont enlevés en masse, sans morcellement.

Je lie alors de chaque côté mes trois pédicules abdominaux, je termine l'opération en suturant les lambeaux de péritoine décollés en avant et en arrière du col, de façon à fermer complètement l'abdomen.

Cette opération me paraît présenter plusieurs avantages : le décollement des annexes étant moins considérable que dans la salpingectomie classique, on a moins de chances de rompre dans le ventre des poches purulentes.

En second lieu, on évite de laisser dans le ventre des moignons de trompes qui contiennent souvent quelques gouttes de pus virulent, et d'où peuvent partir des accidents de péritonite septique.

En troisième lieu, on supprime l'utérus qui, dans plusieurs cas, a provoqué des hémorragies persistantes qui n'ont cessé qu'après des interventions répétées.

La précaution de fermer le péritoine assure l'asepsie, d'une manière plus satisfaisante que la pratique qui consiste à laisser le vagin largement ouvert.

J'ai fait six fois avec succès cette opération. Dans un septième cas je n'ai pu éviter la rupture de deux poches purulentes dans le ventre; le pus étant septique, la malade mourut de péritonite.

J'avoue que ce dernier accident m'a fait réfléchir, et que, malgré la grande facilité, malgré les avantages que j'ai développés plus haut, je pense qu'on ne doit recourir à cette manœuvre que dans le cas où l'utérus présente des surfaces largement saignantes produites par le décollement de poches adhérentes à cet organe.

J'ai fait d'ailleurs cette opération par un procédé encore plus simple dans un cas communiqué à la Société de gynécologie en 1892. Dans cette observation les annexes adhéraient fortement à l'utérus et le décollement laissa une large surface utérine très saignante dont je ne pus faire l'hémostase.

Je fendis l'utérus sur la ligne médiane, dans toute sa hauteur, de façon à ouvrir le vagin en avant et en arrière, je plaçai une forte ligature à la partie inférieure de chaque moitié l'utérus, et je coupai au-dessus, emportant par ces sections deux fragments composés chacun de la moitié de l'utérus avec les annexes correspondantes.

M. Pozzi tient à faire remarquer qu'il faut dans la discussion actuelle, écarter les opérations de nécessité comme celle de M. Routier et ne considérer que des cas comparables à celui de M. Delagenière, savoir ceux dans lesquels de parti pris et méthodiquement on a procédé à l'ablation par la laparotomie de l'utérus et de ses annexes.

M. Paul Segond. Je connais fort bien les faits dont M. Pozzi a parlé et ceux qu'a rapportés M. Chaput. La seule réflexion que leur lecture m'ait suggérée c'est que, jusqu'à plus ample informé, j'estime que l'ablation totale de l'utérus et des annexes par laparotomie doit être considérée comme une intervention beaucoup plus grave que l'opération de Péan. J'ajouterai même, comme autre considération fort décisive dans le débat actuel, que, toutes choses égales d'ailleurs et, sauf exception très rare, l'intervention vaginale conduite par une main exercée peut être aussi complète que l'ablation par laparotomie.

Ce jugement n'est point du tout théorique et je le base sur un nombre important d'observations personnelles.

M. Reclus. Je ne partage pas l'opinion de M. Segond. Selon moi l'ablation des annexes par voie abdominale en s'aidant de la position déclive est beaucoup plus facile que par la voie vaginale. A cet égard, je me suis rallié complètement à l'opinion professée par M. Terrier. L'hystérectomie vaginale et l'ablation des annexes

qui la suit, complète ou non, n'en constitue pas moins une conquête des plus importantes et ceux qui ont soutenu la lutte en sa faveur nous ont rendu un service éminent. Mais dans le cas dont M. Delagenière a parlé il semble que l'ablation de l'utérus soit une superfétation. Ordinairement après l'ablation des annexes malades l'utérus guérit spontanément des métrites plus ou moins profondes dont il peut être affecté. Tout au plus un simple curettage peut-il devenir nécessaire. Il y a sans doute quelques exceptions à cette règle, mais très rares. Il ne semble donc pas qu'il y ait lieu de mélanger les deux méthodes et d'adjoindre l'hystérectomie à l'ablation des annexes qui doit suffire.

M. Quénu : Je suis devenu un peu éclectique dans le traitement des suppurations pelviennes. Je pensais autrefois que l'hystérectomie était toujours indiquée lorsque l'enclavement de l'utérus permettait de supposer de grandes adhérences ; or, il est évident pour moi actuellement que les difficultés les plus grandes se rencontrent lorsque l'on a affaire à des salpingites qui ont suppuré mais qui ne suppurent plus ou même qui n'ont jamais suppuré et qui sont adhérentes. Lorsqu'on trouve de grosses poches purulentes, l'opération est relativement plus facile.

Depuis quelque temps, je me suis rapproché des laparotomistes parce que j'ai reconnu que, dans certains cas, les annexes restent si élevées que leur ablation devient impossible. L'utérus lui-même ne peut être abordé avec sécurité dans certaines de ses parties chez quelques malades. On va au petit bonheur, ce qui est toujours fâcheux.

Or, ce n'est pas toujours sans inconvénient que l'on abandonne dans l'abdomen les annexes malades après l'hystérectomie. Chez une malade dont je n'avais pu atteindre les annexes malades j'ai dû peu après pratiquer la laparotomie. Chez une autre, à laquelle un de mes collègues avait, pendant les vacances, pratiqué l'hystérectomie vaginale, j'ai dû aussi, plus tard, procéder à l'ablation unilatérale d'annexes qui, à cause de leur situation élevée, n'avaient pu être atteintes et qui étaient pourtant peu adhérentes.

M. Reynier. J'ai toujours soutenu qu'il était plus commode d'enlever les annexes par la laparotomie que par l'hystérectomie. C'est une opinion que j'ai défendue au dernier congrès de chirurgie. Une ablation incomplète des annexes n'est pourtant pas sans inconvénient, comme le montrent bien les faits de M. Quénu. Il est vrai que, même après l'ablation complète de ces dernières par la laparotomie, l'utérus peut rester altéré au point qu'une nouvelle opération s'impose ; mais alors l'hystérectomie est très facile. Je ne vois pas pourquoi M. Delagenière la pratique de parti pris.

C'est à mon sens compliquer les choses inutilement dans l'immense majorité des cas. Je voudrais bien savoir quelles lésions particulièrement graves présentait l'utérus qu'il a enlevé. J'ai l'idée qu'un traitement simple et conservateur aurait suffi à les guérir.

M. Paul SEGOND. La discussion s'égare et nous revenons tout doucement à l'examen des avantages comparés de l'ablation des annexes, soit par la voie abdominale, soit par la voie vaginale, à la suite de l'hystérectomie. Je suis prêt à aborder cette question complètement, quand on le voudra ; mais, pour aujourd'hui, nous devons nous en tenir à la seule question qu'a soulevée M. Delagenière, celle de l'ablation totale de l'utérus et des annexes par la voie abdominale.

M. CHAMPIONNIÈRE. M. Segond a raison. Tenons-nous en à la question traitée par M. Delagenière. Je dois déclarer, du reste, que, pour moi, son procédé ne saurait être qu'un procédé d'exception. Il est certain que l'hystérectomie, telle qu'il la pratique, est une complication grave et ordinairement inutile.

M. DELAGENIÈRE. Je n'ai pas grand'chose à répondre. J'ai apporté un fait qui m'a paru intéressant. Il m'a semblé qu'en enlevant l'utérus je n'avais pas ajouté un traumatisme bien considérable au traumatisme primitif. Dans tous les cas, j'avais enlevé un organe saignant, infecté, peut-être nuisible. Ai-je bien fait? Je le crois. Des faits nouveaux viendront sans doute s'ajouter au mien. Quand ils seront assez nombreux, mais alors seulement, on pourra juger de la valeur de la méthode.

Statistique et remarques sur les opérations pratiquées par lui au Mans, pendant l'année 1893,

Par M. DELAGENIÈRE.

Le chiffre total des opérations que nous avons pratiquées pendant l'année 1893 s'élève à 337 avec 17 morts imputables directement ou indirectement à l'opération elle-même.

Notre premier cas de mort est celui d'une enfant de 33 mois. Laparotomisée pour un abcès par congestion, inclus dans le ligament large, cette enfant mourut le 10e jour avec des symptômes de méningite. L'autopsie ne fut pas autorisée.

Une résection de l'intestin suivie de suture circulaire fut suivie de mort dans les 24 heures. La malade atteinte du cancer de l'intestin était épuisée au moment de l'intervention.

Chez un nouveau-né, présentant une imperforation de l'anus,

nous avons pratiqué la laparotomie, puis la descente de l'intestin, son ouverture et fixation au périnée 40 heures après la naissance. Cet anus fonctionna parfaitement, mais l'enfant, nourri au biberon, mourut le 5e jour de diarrhée infantile.

Enfin une malade hystérectomisée pour suppurations pelviennes anciennes conservait une poche purulente volumineuse. Cette poche fut incisée et drainée, mais la malade s'éteignit dans le marasme 15 jours plus tard.

Les opérations pratiquées sur les organes génitaux de la femme, nous donnent 11 morts sur 95 opérations, et sur ces 11 morts nous avons 8 cas consécutifs à des laparotomies ;

1° Une ovariotomie pour kyste dermoïde de l'ovaire. La mort parut causée par péritonite septique.
2° Une double salpingo-oophorectomie avec extirpation d'un kyste inclus dans le ligament large et ouverture de nombreux foyers de pelvipéritonite suppurée est suivie de mort le 12e jour par affaiblissement progressif.
3° Une double salpingo-oophorectomie pour pyosalpinx. La mort survient le 4e jour par péritonite septique.
4° Une double salpingo-oophorectomie et hystéropexie pour pyosalpingite et retroversion. La mort survient le 5e jour par diarrhée cholériforme.
5° Une double salpingo-oophorectomie pour ovaro-salpingite. Il s'agissait d'une malade emphysémateuse qui fut prise de dyspnée après l'opération, puis d'apnée avec congestion pulmonaire double, elle mourut asphyxiée le 6e jour après l'opération.
6° Une double salpingo-oophorectomie et hystéropexie pour ovaro-salpingite et prolapsus de l'utérus. La malade d'abord très bien est prise d'adynamie avec selles profuses et hématurie et meurt le 9e jour après l'opération.
7° Une opération d'Hégar, chez une malade exsangue. La mort fut causée par urémie.
8° Une hystérectomie abdominale totale pour fibro-myome enclavé avec symptômes d'occlusion intestinale. La mort fut causée par péritonite septique causée elle-même par une accumulation de liquide sanguinolent dans la cavité péritonale.

Les 3 autres cas ont trait à 3 hystérectomies vaginales. Deux pour cancer de l'utérus; chez l'une, la mort fut causée par une embolie pulmonaire qui se produisit au moment ou les pinces furent enlevées, et chez l'autre par péritonite; enfin la troisième malade était atteinte de fibromes de l'utérus, âgée de 69 ans, polysarce, goutteuse, elle mourut d'une hémorragie cérébrale foudroyante le 4e jour.

Les opérations pratiquées sur les voies urinaires nous donnent une mort. Il s'agissait d'une malade présentant une tumeur fluctuante dans la fosse iliaque droite, et cachectisée par la fièvre. Une laparotomie latérale permit de reconnaitre la présence de nombreux foyers purulents développés autour d'un rein en ectopie, devenu petit, scléreux, baigné dans le pus. Ce rein fut enlevé et les foyers drainés. La mort survint le 6e jour par urémie.

Enfin le dernier cas de mort a trait à un vieillard atteint de la gangrène sénile du pied, Il subit l'amputation de la jambe au lieu d'élection ; le moignon se gangréna, il refusa une deuxième opération et mourut le 17e jour.

En relatant nos cas de mort nous avons, la plupart du temps, indiqué simplement les phénomènes qui ont précédé la mort sans en rechercher la cause exacte, nous reviendrons à ce propos sur les nos 4, 5 et 6 de nos morts par laparotomies. Chez ces 3 malades il y a eu absence totale de tout phénomène abdominal, aucun symptôme de péritonite ; chez l'une, c'est la diarrhée qui domine la scène avec refroidissement des extrémités, crampes dans les membres ; chez une deuxième des phénomènes congestifs du côté du poumon ; chez la troisième, encore la diarrhée en y joignant de l'hématurie. Ces phénemènes rapprochés d'autres cas non suivis de mort nous ont semblé devoir être attribués à une sorte d'intoxication chronique à distance causée par le chloroforme. La méthode de chloroformisation que nous avions l'habitude d'employer exclusivement était celle dite des doses faibles et continues. Nous en étions parfaitement satisfaits puisque sur un total de 932 chloroformisations pour opérations diverses, nous n'avions pas eu un seul accident mortel. Mais bientôt les cas précités ont attiré notre attention sur la méhode de chloroformisation elle-même et nous nous sommes demandé si on n'était pas exposé à certains moments à donner trop de chloroforme puisqu'en somme tout dosage du médicament était impossible et laissé à l'appréciation de chacun. Pour éviter cette cause d'erreur, nous avons eu l'idée de recourir à l'usage de l'appareil de Junker que nous avons vu fonctionner dans presque tous les hôpitaux à Londres. Depuis le 21 décembre 1893 nous nous servons exclusivement de cet appareil qui nous paraît présenter les avantahes suivants :

1° Facilité plus grande pour l'administration du médicament.
2° Sécurité plus grande, car à aucun moment on ne peut, sans s'en apercevoir, donner une trop grande quantité de chloroforme, et la respiration est plus facile à surveiller.
3° Rapidité plus grande pour obtenir l'anesthésie en raison de l'absence de toute intermittence dans l'administration du médicament.

4° Sommeil plus régulier pour les mêmes raisons.
5° Réveil plus facile, plus prompt, et vomissements consécutifs plus rares.

Nous avons adopté pour nos interventions sur les fibro-myomes volumineux l'hystérectomie abdominale totale. Une seule fois nous avons conservé un pédicule que nous avons réduit par la méthode de Schrœder. Notre malade a guéri, mais non sans nous donner de graves inquiétudes les premiers jours qui suivirent l'opération. Sur 5 cas d'hystérectomies abdominales totales, nous avons perdu une malade, la première de la série. Sa tumeur, volumineuse et enclavée dans le bassin, avait amené des phénomènes d'occlusion intestinale, la malade était épuisée, enfin nous n'avons pas fait de drainage. Après la mort nous avons trouvé accumulé dans le péritoine pelvien une quantité assez considérable de liquide sanguinolent. Pour nos 4 dernières malades nous avons drainé pendant 48 heures. Chaque fois il s'est écoulé du liquide sanguinolent en quantité notable surtout pendant les 6 premières heures. Ces 4 malades ont toutes guéri sans le moindre incident.

Sur la technique de la taille hypogastrique,

Par M. Bazy.

Depuis que M. Périer, important en France le procédé de Petersen, donna aux chirurgiens s'occupant des maladies des voies urinaires la confiance, l'audace qui leur manquait pour faire revivre dans notre pays la taille hypogastrique et enlever à quelques-uns la peur du péritoine qui les avait empêchés jusqu'alors de faire cette opération cependant si rationnelle, depuis cette époque relativement récente, la taille hypogastrique a fait bien des progrès. Ces progrès sont en grande partie dus à ce que nous appliquons plus rigoureusement les principes de l'asepsie et de l'antisepsie, mais pour une bonne part aussi, à l'expérience que beaucoup d'entre nous ont acquise de l'opération.

Depuis les communications de M. Monod, qui a été l'un des premiers à préconiser la taille hypogastrique, depuis la communication de M. Routier sur un cas de rupture du rectum par le ballon de Petersen, dans le cours de la taille hypogastrique, il n'y a guère eu dans notre enceinte, à part une discussion à laquelle prirent part MM. Tillaux, Desprès, Terrier, etc, de communications permettant la mise au point de ce sujet cependant si important : la technique de la taille hypogastrique.

C'est ce qui m'a encouragé à vous faire cette communication, vons apportant ici le résultat de ma pratique et de mon expérience et vous fournissant ainsi l'occasion de nous communiquer les vôtres.

Beaucoup de points sont à envisager dans cette question. Si quelques-uns sont discutables, bien d'autres me paraissent acquis. Au reste, je puis dire, et vous serez de mon avis, que plus on a acquis d'expérience d'une opération, plus on tend à la simplifier et à la dégager de tous les impédimenta du début.

Il ne s'agira guère ici que de la taille hypogastrique envisagée à un point de vue général, indépendamment des opérations dont elle est le prélude obligé, telles que : ablation de calculs, ablation de tumeurs, résection de prostate, cautérisation, etc.

Je passe sur les soins préliminaires, tels que nettoyage de la région et du canal, nettoyage de la vessie ; celle-ci gagnera à être préalablement nettoyée aussi complètement que possible et, pour cela, l'emploi d'une sonde métallique un peu volumineuse, destinée à enlever toutes les mucosités, les caillots qui pourraient obstruer une petite sonde, peut être utile. Il ne faudrait pas croire que ce nettoyage préalable soit très facile dans certains cas, mais on peut suppléer à ce défaut, comme nous le verrons. Dans un grand nombre de cas, une simple sonde en caoutchouc rouge suffira, pour injecter dans la vessie le liquide qui doit la remplir et en faciliter la recherche, après l'incision de la peau et des muscles de l'abdomen.

Cette sonde sera simplement bouchée au moyen d'une pince on d'un fosset et, dans l'immense majorité des cas, il ne sera pas nécessaire de ligaturer la verge pour empêcher le liquide de sortir, car j'ai pour principe de n'injecter que la quantité de liquide que la vessie peut tolérer : de sorte que le malade n'ait à aucun moment à faire d'effort et ne puisse rompre sa vessie, comme Pousson en a cité un cas tiré de la pratique de M. Guyon.

En général, même avec les vessies *très tolérantes*, je ne dépasse jamais 250 grammes ; j'ai fait des tailles hypogastriques avec 90 grammes, et même une fois avec 30 grammes, celle-ci avec l'assistance de mes très distingués élèves, Lafourcade et Marquézy.

Je n'injecte pas en général au préalable de liquide antiseptique puissant, c'est inutile : on verra pourquoi tout à l'heure ; cela peut être ennuyeux, à cause des efforts d'expulsion que la présence de ce liquide peut déterminer.

Le ballon de Petersen, je l'ai abandonné depuis longtemps : il ne sert à rien chez l'homme ; et chez la femme, mis après coup dans

le vagin, il peut utilement soulever le bas-fond vésical; mais dans ce cas, un tamponnement aseptique avec de l'ouate ou de la gaze peut rendre les mêmes services.

Quand je dis qu'il ne sert à rien chez l'homme, je me trompe, il est plutôt nuisible, il a pu, on l'a vu, déchirer le rectum; mais cela est exceptionnel; ce qui est constant, c'est qu'il oblige à une *chloroformisation plus profonde*, à cause des efforts d'expulsion qu'il détermine, efforts qui s'exercent aussi vers la vessie pour en chasser le liquide qu'elle contient, c'est pourquoi il faut ligaturer la verge quand on emploie le ballon, tandis qu'il n'est pas nécessaire de le faire quand on s'en passe.

Je fais l'incision médiane de 8, 9, 10 centimètres et même plus; je ne crains pas de la prolonger, parce que plus on l'allonge, plus on a de jour; plus elle est longue et moins on a besoin de faire des incisions complémentaires. J'ai le premier préconisé et fait l'incision du muscle droit au niveau de son insertion; j'ai, un jour, dans une opération à laquelle je fais allusion plus haut, fait la section complète du tendon du muscle droit, d'un côté, et l'hémisection de l'autre, j'ai eu ainsi une ouverture à mettre le poing; mais plus je vais, moins j'ai de tendance à faire de ces incisions; en revanche, j'allonge l'incision médiane; avec cette seule incision médiane, j'ai dans une opération avec les docteurs Polguère et Marquézy enlevé il y a près de deux ans (mai 1893) un épithéliome de l'étendue d'une pièce de 5 francs situé derrière le corps du pubis droit et sur la face inférieure de la vessie, c'est-à-dire dans la position la plus défavorable; j'ai dernièrement enlevé, dans un premier cas, avec les docteurs Chompret (d'Eclaron) et Marquézy, deux ulcérations de la vessie, et, dans un autre, avec les docteurs Grenier et Marquézy, une ulcération et le lobe moyen de la prostate. Or, le premier malade, celui qui a été opéré en mai 1893, se porte très bien, ce qui prouve que l'opération a pu être complète. J'ai pu de même, par cette seule incision médiane faire les deux urètero-cysto-néostomies dont j'ai déjà parlé, et cela avec succès.

Or, on conviendra avec moi que cette dernière opération, de même que les incisions et les sutures pratiquées dans le bas-fond de la vessie exigent beaucoup de jour et de place.

Cette incision médiane me suffit donc toujours actuellement.

C'est dire que je repousse toutes les incisions qui pouvant *peut-être* donner plus de facilité au chirurgien, donnent moins de sécurité au malade, et pour le présent et pour l'avenir, et je ne vois nullement la nécessité de faire la section transversale de l'hypogastre et des muscles abdominaux.

C'est dans un but analogue qu'on a proposé la symphyséotomie.

Je ne m'attarderai pas à discuter cette opération qui me paraît une *complication inutile et dangereuse*.

Quand nous opérons dans le petit bassin des femmes, nous n'éprouvons pas le besoin de la faire, et cependant les conditions sont analogues.

L'opération d'épithéliome situé derrière le corps du pubis droit, et qui date maintenant de *20 mois*, prouve qu'on peut enlever les tumeurs dans la position réputée la plus défavorable, non seulement avec un succès opératoire, mais même avec un succès thérapeutique prolongé, sans qu'il soit nécessaire de recourir à des complications opératoires dont les conséquences sont toujours longues et pénibles pour le malade et ne sont pas pour lui une garantie de succès, je dirai même au contraire. Le progrès ne consiste pas à compliquer, mais à simplifier nos actes opératoires.

S'il est une opération où on ait besoin de jour et de place, c'est bien l'opération de l'abouchement de l'uretère dans la vessie ou toute autre opération analogue, et cependant dans ces cas-là l'incision médiane simple a parfaitement suffi.

L'incision de la vessie me paraît être un des points importants de l'opération, et c'est sur ce point que je désire appeler l'attention. Dans le cas où le contenu de la vessie est infecté, on peut infecter ou non la plaie abdominale, suivant la manière dont on procède : c'est une modification importante au procédé actuellement suivi que je viens vous soumettre.

On sait que le procédé jusqu'ici adopté consistait, après avoir refoulé autant qu'on pouvait, le tissu graisseux prévésical, à plonger le bistouri dans la vessie et de l'inciser d'un seul coup : un flot de liquide plus ou moins abondant, plus ou moins élevé, suivant la hardiesse de l'incision, inonde la plaie, le malade et quelquefois aussi le chirurgien et les assistants. Si le liquide est infecté, il infecte la plaie abdominale, mais en même temps il cache ce qui se passe dans la plaie et ce n'est qu'après que celle-ci a été abstergée, à grands renforts d'éponge, qu'on peut voir quelque chose et alors poser simplement une pince, sur une artériole de la paroi vésicale, pour arrêter une hémorragie qu'on croit venir du fond de la vessie.

Depuis quelque temps, je procède tout autrement.

Je mets la vessie à nu, le plus souvent en coupant longitudinalement au bistouri ou aux ciseaux le tissu graisseux qui la recouvre (car le péritoine, quand la vessie n'est pas sclérosée et enflammée, ne descend pas toujours aussi bas qu'on le croit); je ne relève le péritoine qu'à partir de quelques centimètres au-dessus du pubis. Une fois il m'est arrivé de le sectionner avant d'avoir ouvert la

vessie (et je ne puis le sectionner, avec ma manière de procéder, qu'avant d'ouvrir la vessie): je l'ai suturé au catgut et ai continué.

Donc la vessie bien à nu, je la saisis le plus près possible de son sommet et à un centimètre de chaque côté de la ligne médiane, au moyen de deux pinces longues à crémaillères, à dents de souris et à anneaux ; je laisse alors écouler le liquide de la vessie par la sonde ; ce liquide écoulé, la vessie est maintenue au voisinage des muscles, je l'incise sur l'étendue que je veux, en ayant soin de ne point trop prolonger mon incision derrière le pubis. Chemin faisant, si une artère de la vessie saigne, je la saisis avec une pince que je laisse en place ou que je remplace par un catgut. De cette manière, pas une goutte du liquide vésical ne s'échappe par l'incision abdominale et la plaie ne peut pas être infectée.

Dans le cas où le cathétérisme n'aurait pu être fait avant l'opération, qu'il s'agisse soit d'un rétrécissement ou d'une hypertrophie prostatique, la vessie une fois pincée et maintenue, peut être ponctionnée avec un trocart de l'aspirateur et le liquide évacué sans que rien ne vienne souiller la plaie.

Dans le cas où la vessie serait aseptique, cette manière de faire permet de voir exactement ce que l'on fait. En même temps, elle dispense de se servir de fils suspenseurs qui paraissent être la grande préoccupation de quelques chirurgiens et que, pour ma part, je n'ai presque jamais employés, parce qu'ils m'ont paru inutiles et font perdre du temps à l'opérateur. C'est, je crois l'opinion d'un grand nombre de mes collègues. Cela fait, on peut placer dans la vessie une valve de façon à en inspecter la cavité, comme on inspecte la cavité vaginale, s'aidant ou non d'écarteurs de formes différentes : j'en ai imaginé plusieurs, mais tout compte fait, je crois que les éponges montées sont encore les meilleurs écarteurs, à part la valve qu'on met à l'angle supérieur de l'incision.

On peut alors placer le malade dans la position inclinée. Cette position inclinée est utile quand on veut opérer au fond de la vessie, parce qu'elle éloigne les intestins, ou quand on n'a qu'un éclairage latéral. Mais c'est surtout pour éloigner les intestins qu'elle est recommandable : cependant j'ai pu faire la résection du lobe moyen de la prostate sans avoir recours à cette manœuvre. Comme il est toujours facile de se faire construire ou d'avoir à sa disposition un plan incliné, on peut le recommander, et cela ne constitue pas une complication opératoire.

Je n'insiste pas sur les manœuvres intra-vésicales que peuvent nécessiter les différentes lésions pour lesquelles on fait la taille hypogastrique. Je me bornerai à constater que l'accord semble fait aujourd'hui entre les chirurgiens pour faire dans l'intérieur de la cavité vésicale les opérations réglées que j'ai préconisées depuis

longtemps, à savoir l'excision régulière et complète des néoplasmes vésicaux, etc.

J'en arrive à la conduite à tenir après l'opération proprement dite. Cette conduite va varier suivant le but qu'on se propose, suivant le moyen qu'on a employé.

L'idéal, sauf quand on veut créer un méat artificiel ou méat hypogastrique, est de fermer la vessie,

L'emploi des tubes de M. Périer qui nous a rendu de grands services au début de la taille hypogastrique, me paraît devoir être abandonné, sauf quand on veut maintenir la vessie ouverte. Une bonne précaution, si on veut éviter alors la sortie de l'urine par les bords de la plaie, est de maintenir la vessie serrée contre les tubes.

Quand on fait, ainsi que j'ai cru devoir le proposer dans certains cas, le tamponnement de la vessie et qu'on laisse dans la cavité des pinces à demeure, il n'est pas nécessaire, comme on pourrait le croire au premier abord de faire le drainage abdominal : une sonde urétrale à demeure peut suffire, pourvu qu'elle soit assez volumineuse pour laisser passer l'urine avec les mucosités, les caillots que peut contenir la vessie : on pensait autrefois qu'il était dangereux de mettre une grosse sonde à demeure : le temps a fait justice de ces idées, une grosse sonde en caoutchouc rouge n° 21 ou 22 suffit, elle est bien tolérée et est facilement enlevée. Une fois en place, je la coupe à son extrémité vésicale de manière à en faire une sonde à bout coupé et j'y fais un ou deux nouveaux œils.

On s'est ingénié à faire des sutures vésicales hermétiques : on a fait un ou deux plans de suture : des auteurs guidés, par je ne sais quelles idées, ont proposé l'avivement en biseau des bords de la plaie vésicale. J'avoue que je n'ai jamais compris le but de cette manœuvre.

J'ai employé avec un égal succès la suture en surjet serré et la suture en bourses enchevetrées. Celle-ci cependant me paraît plus solide, plus hermétique, plus recommandable[1], je la fais toujours au catgut en employant du catgut n° 3 ou 4 dont la résorption est assez tardive pour que la suture vésicale soit solide au moment où il a disparu : autant que possible, je n'aime pas laisser des corps étrangers persistants dans les tissus de l'organisme.

[1] Pour le faire, on passe dans l'épaisseur de la vessie le fil parallèlement à la plaie vésicale et, de chaque côté, de façon à faire un U dont les deux branches sont cachées et dont la partie médiane est visible; puis on serre les deux chefs en bourse. On fait empiéter les sutures les unes sur les autres.

Partisan résolu de la suppression du drainage toutes les fois que je fais une opération aseptique, je le supprime quand il s'agit de la taille hypogastrique : mais à une condition, c'est que la vessie ne soit pas infectée. Quand la vessie est infectée, je fais la suture vésicale mais quelle que soit les précautions que j'ai pu prendre pour éviter l'infection des bords de la plaie, quelques soins que j'ai pu apportés à en' faire la désinfection, j'estime qu'il est plus prudent de faire un drainage prévésical avec un drain debout ou une mèche de gaz iodoformée. Chez l'homme, en raison des difficultés que peut éprouver l'écoulement de l'urine, je ne vois aucun inconvénient à toujours drainer : chez la femme, au contraire, quand on est sûr de l'asepsie de la plaie opératoire, on peut toujours s'abstenir du drainage.

Un certain nombre de chirurgiens ont pu citer des faits de taille hypogastrique dans lesquels on a pu ne pas mettre de sonde à demeure après avoir fait la suture vésicale, mais ces faits sont encore trop peu nombreux pour entraîner la conviction : il faut se méfier des cas exceptionnels. Ceux-ci peuvent devenir la règle; l'avenir peut-être le prouvera, mais il reste à le démontrer.

Présentation de malades.

1° *Anus contre nature traité par l'entéro-anastomose.*

M. Chaput présente un malade qu'il a opéré pour un anus contre nature. L'orifice anormal siégeait à la région inguinale droite, l'éperon était épais de plus de 1 centimètre, et les deux bouts d'intestin étaient très divergents; pour ces raisons je renonçai à l'emploi de l'entérotome, et je fis une laparotomie médiane; j'amenai dans la plaie les deux bouts d'intestin afférents à l'anus contre nature et j'exécutai une entéro-anastomose faisant communiquer largement les deux anses entre elles.

Pour empêcher les matières de gagner l'anus anormal, je fis au-dessus de mon anastomose une ligature des deux bouts avec deux lanières de gaze iodoformée.

Le malade guérit parfaitement de cette intervention; il ne sortit plus de matières par l'orifice anormal et actuellement, un mois après l'opération l'orifice qui était à l'origine du volume d'une pièce de un franc, présente un diamètre admettant à peine l'extrémité d'une sonde cannelée. D'ici à quelques jours, l'oblitération sera complète.

M. Berger. Je n'ai jamais eu d'accident après l'application de l'entérotome. Je pense qu'il vaut mieux s'y tenir et terminer par une entérorraphie latérale. Celle-ci se borne presque toujours au traitement d'une fistulette si peu gênante que quelquefois, comme je l'ai éprouvé récemment, les malades refusent l'opération complémentaire.

2° *Enchondrome des doigts.*

M. Quénu. La plupart de nos traités classiques conseillent l'abstention dans le traitement des enchondromes des doigts et de la main : l'intervention ne serait de mise qu'en cas de marche envahissante, et alors c'est à l'amputation qu'il faudrait avoir recours.

Je crois qu'il est un moyen terme entre ces deux conduites extrêmes. Il est assurément prudent de se débarrasser de tout néoplasme, quel qu'il soit, et surtout si la mutilation n'est pas au bout de la guérison ; d'autre part, l'énucléation des tumeurs, leur éradication avec simple évidement du point d'implantation osseuse, me semblent des méthodes insuffisantes et prêtant à la récidive.

Je crois qu'il vaut mieux d'un seul coup réséquer avec la tumeur la bande osseuse qui lui est adhérente ; je ne fais allusion ici qu'aux tumeurs périphériques sous-périostiques. Voici le procédé opératoire que j'ai suivi chez un jeune malade de 14 ans et demi, porteur sur la face externe de son annulaire droit, au niveau de la première phalange, d'une tumeur datant de deux ans et quelques mois et apportant de la gêne aux fonctions de la main.

Je fléchis le doigt et libérai par une incision dorsale tout le bord externe du tendon extenseur qui fut récliné en dedans. J'ouvris alors de parti pris l'articulation phalango-phalangienne et sciai longitudinalement la phalange dans les 5/6 de sa longueur avec une petite scie de Larrey ; la section étant complète par en bas, il est aisé d'écarter légèrement les deux moitiés de l'os, d'introduire à l'extrémité de la fente une petite cisaille et de couper transversalement au-dessus de la tumeur. L'enchondrome avec les parties molles qui lui adhèrent est rapidement détaché de la peau.

Le malade ne garde de sa phalange qu'une moitié longitudinale, sauf à la partie supérieure où l'extrémité articulaire est entière. La réunion a été complète, sans drainage, en quatre ou cinq jours.

L'opération ne date que de douze jours, et vous pouvez constater que le jeune homme jouit de tous ses mouvements de flexion et d'extension.

Si le siège était dorsal ou palmaire, on pourrait encore, en modifiant son incision et en perfectionnant son outillage, garder une

bandelette osseuse palmaire ou dorsale. Ce n'est qu'en cas de tumeur centrale que j'adopterais la résection complète, mais j'essaierais d'obtenir la reproduction d'une phalange d'une part, en conservant tout ou partie du périoste; d'autre part en interposant un moule provisoire, tel qu'un fragment d'os emprunté à un animal.

Discussion.

M. Michaux trouve l'opération de M. Quénu très intéressante. A cause de la possibilité des récidives, il pense qu'il faut faire des opérations complètes. Il a vu un malade auquel on avait énucléé un enchondrome d'une phalange, subir successivement la résection des phalanges, l'amputation du doigt, et enfin ce fut la désarticulation du troisième métacarpien qui seule procura la guérison.

Tous les enchondromes ne sont pas aussi portés à récidive, mais il faut s'en méfier.

M. Championnière. Le conseil de ne pas enlever les enchondromes est un vestige, une superstition de la vieille chirurgie inactive.

M. Quénu. Je partage l'opinion de M. Championnière. On répète sans réfléchir des préceptes qu'il faut savoir rejeter.

Je répondrai à M. Michaux que l'énucléation pour l'enchondrome est une très mauvaise opération, excessivement propre à favoriser la récidive.

La règle est de ne laisser subsister aucune parcelle de tumeur.

Présentation de pièces.

1° *Utérus fibromateux enlevé par l'hystérectomie abdominale totale.*

M. Schwartz. J'ai l'honneur de présenter à la Société un gros fibrome intraligamentaire suppuré en divers points et ouvert dans la cavité utérine que j'ai enlevé par hystérectomie totale adominale.

Le fibrome, qui pèse 8 kilogrammes, avait attiré la vessie jusqu'au niveau de l'ombilic.

Après laparotomie, celle-ci fut décollée, puis la tumeur ayant été énuclée de l'intérieur du ligament large jusqu'au fond du petit bassin, je pus, après section de ces derniers, constituer un pédicule sur lequel un lien élastique fut placé. La surface et la cavité utérine ayant été cautérisées au Paquelin, j'extirpai dans un second

temps ce pédicule, en désinsérant les attaches du vagin et pinçant au fur et à mesure les vaginales et les utérines. Durée une heure un quart. Drainage vaginal iodoformé. Résultat opératoire excellent depuis huit jours que la malade est opérée.

C'est en deux mois ma troisième hystérectomie totale abdominale pour fibrome, heureusement guérie.

Je publierai prochainement plus longuement mes observations sur le manuel opératoire.

2° *Appendice récemment enlevé et contenant un calcul intestinal de la forme et des dimensions d'un noyau de datte*, par M. Guinard (M. Gérard-Marchant, rapporteur).

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le Secrétaire annuel,
Peyrot.

Séance du 21 février 1894.

Présidence de M. J.-L. Championnière.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° *Parasites dans le Cancer*, par M. Nepveu (de Marseille), membre correspondant (Extrait des *Archives de médecine expérimentale*, janvier 1894) ;

3° *Étude relative à la création d'un musée photographique national d'archives documentaires*, par M. W. J. Harrison (Extrait du *Moniteur de la photographie*, 1894 (2e série, tome I);

4° *Guérison d'une ascite par les courants continus appliqués sur le ventre*, par M. Baudon (de Nice), membre correspondant;

Suite de la discussion sur les plaies du crâne par balle de revolver.

M. Quénu. A l'occasion d'un rapport de M. Chauvel et des remarques faites par M. G. Marchant, M. Berger a émis deux propositions qui m'ont profondément étonné : 1° notre collègue n'a jamais vu d'accidents graves survenir après la disparition des accidents du début; 2° la balle de revolver serait le plus souvent aseptique.

En 1888, dans un travail lu devant cette Société, j'ai soutenu l'utilité de la trépanation préventive dans les fractures du crâne avec plaie, faisant ressortir ce fait qu'en pareils cas, les accidents tardifs ou précoces sont le plus souvent le résultat d'une infection de la plaie osseuse et que par suite il y a tout avantage et même nécessité à faire le plus tôt possible une bonne antisepsie du foyer traumatique. Il faut mettre en regard ces deux propositions : 1° une opération qui ne s'adresse qu'au crâne et n'est suivie d'aucune exploration dans la substance cérébrale est une opération absolument inoffensive; 2° toute contamination même légère d'une plaie cranienne crée un danger immédiat possible, et reste comme une menace pour l'avenir; il n'y a vraiment aucune raison d'attendre que la méningo-encéphalite soit venue pour trépaner, pas plus qu'il n'y a de raison d'attendre la péritonite pour boucher un trou fait à l'intestin, ou la septicémie pour débrider et nettoyer une fracture compliquée de plaie quelconque par cause directe.

L'antisepsie rigoureuse d'un foyer traumatique ouvert, et par conséquent peut-être contaminé, me paraît une loi de thérapeutique chirurgicale que j'appliquerai d'autant plus que l'organe blessé sera plus important.

Faut-il établir une exception parce qu'il s'agit d'une plaie par arme à feu, parce que le projectile échappera peut-être à nos recherches? je ne le pense pas. Vous dites : la balle est la plupart du temps aseptique; je n'en sais rien, mais il s'agit bien de cela : votre projectile supposé aseptique rencontre la coiffure du blessé, il rencontre sa peau et ses cheveux qui ne sont en aucune façon aseptiques, et la preuve c'est que, bien que vous en disiez, les accidents de suppuration surviennent, et ils surviennent bien qu'on ait établi un pansement convenable sur la plaie cutanée. Je rapporte ici deux observations qui vont tout à fait à l'encontre des conclusions de M. Berger.

Obs. I. — En 1892, le lundi de la Pentecôte, un enfant de 8 ans jouait dans la cour d'un patronage. Tout d'un coup il s'affaissa, on constata un peu de sang au niveau de la bosse frontale droite et on le conduisit

chez le pharmacien : celui-ci fut fort étonné de ne pas trouver trace de coup, un médecin appelé ne constata qu'une très petite plaie ; on constitua des pansements quotidiens. Plus tard on sut des enfants présents au moment de l'accident, qu'on avait entendu comme un bruit d'amorce ; quant au petit malade, il n'avait ressenti qu'une sorte d'étourdissement très momentané, il avait pu marcher et il ne s'était pas alité les premiers jours ; personne autour de lui ne se doutait de la gravité de l'accident. Peu après il tomba dans une sorte de torpeur intellectuelle, ne parlant plus que pour demander à boire, reconnaissant très bien ses parents, comprenant toutes les questions mais se refusant à manifester une activité quelconque. La petite plaie s'était mise à suppurer, on m'amena l'enfant avec le diagnostic ostéite du frontal occasionnée par une chute sur un petit caillou. J'examinai le blessé environ trois semaines après l'accident, le 26 juin 1892 : l'exploration avec un stylet me démontra de suite que le foyer s'étendait en plein cerveau. Le 30 juin, je procédai à la trépanation ; après la mise à nu du trajet osseux, je découvris, incrusté dans ce trajet, deux fragments de plomb : la couronne du trépan fut agrandie avec la pince-gouge et l'ouverture dure-mérienne fut débridée ; immédiatement s'échappa un flot de pus ; après avoir fait couler un peu de sublimé dans le foyer, qui occupait toute la partie antérieure du lobe frontal, j'explorai la cavité avec le doigt et rencontrai un débris osseux de près d'un centimètre carré qui avait été enfoncé en pleine substance cérébrale, une deuxième couronne de trépan fut appliquée près du sourcil de manière à drainer le foyer à son point déclive. Aucun changement le lendemain. Le surlendemain, l'enfant commence à jouer avec ses voisins, sa température est normale.

Le 3 juillet il est gai, sourit, répond volontiers à toutes les questions qu'on lui pose.

Huit jours après l'opération, il se levait et allait passer ses journées au jardin. Je le laissai à la fin de juillet dans un état très satisfaisant et apyrétique.

Mais le 13 août survinrent des accès épileptiformes, l'engourdissement intellectuel reparut, quelques phénomènes d'excitation génitale furent observés. Le 21 août la prostration s'accentua et l'enfant mourut le 23 avec de la fièvre.

Sans aucune espèce de doute, appelé au moment de l'accident, j'eusse agrandi la plaie de l'os frontal, exploré la plaie cérébrale et rencontrant un corps étranger au bout de mon stylet, j'en eusse fait l'extraction. Un bon lavage direct du foyer cérébral, un bon nettoyage du reste de la plaie auraient rendu au moins aléatoire la complication encéphalo-méningitique qui a emporté le malade.

Obs. II. — Le 15 ou 16 décembre 1892 on amena dans mon service à l'hôpital Cochin, un Italien qui venait de se tirer des coups de revolver dans la tête. Cet homme avait commencé par tuer sa maîtresse avec une seule balle, puis il s'était déchargé les cinq autres coups dans la région temporale. *Aucun accident immédiat;* mes internes appliquèrent de suite

un pansement antiseptique après avoir rasé toute la région ; je ne sais quelles circonstances m'avaient tenu éloigné de mon service, je ne vis le blessé que quarante-huit heures après sa tentative de suicide. En l'absence de fièvre et d'accidents quelconques, mes internes n'avaient pas réclamé le concours de mon collègue de Cochin. Le 20, je trouvai le malade avec de la céphalalgie et de la fièvre, un liquide louche s'écoulait de ses plaies temporales.

Le 21, je taillai un large lambeau temporal dans lequel étaient incrits tous les orifices faits par les balles. Je me servis d'un orifice comme d'une couronne de trépan, je l'agrandis avec la pince-gouge de manière à obtenir une perte de substance longue de 6 centimètres et haute de $3^{cm},5$. Je découvris successivement chacun des cinq projectiles : deux étaient encastrés dans l'os, deux avaient pénétré jusqu'à la dure-mère sans l'entamer, une seule l'avait perforée sans que la substance cérébrale parut très atteinte. La méningée moyenne fut liée au moyen d'un fil passé à travers la dure-mère avec l'aiguille de Réverdin. Drainage avec la gaze iodoformée. Le soir même de l'intervention, la température tomba, la céphalalgie disparut. La plaie suppura un peu jusqu'en février. A cette époque, le blessé fut remis entre les mains de la justice.

Ainsi dans ce dernier cas, comme dans le précédent l'application immédiate du pansement antiseptique n'empêcha point la plaie d'être infectée, la terminaison fut favorable sans doute, mais encore eût-il mieux valu pour cet homme ne présenter aucun accident infectieux. Incontestablement l'intervention eût gagné a être avancée de quelques jours, à être pratiquée dès l'entrée à l'hopital.

Obs. III. — Chez un troisième malade, nous avons pu intervenir très près de l'accident ; le résultat a été excellent, les suites éloignées satisfaisantes.

Le 31 août 1889, à 2 heures, un enfant âgé de 15 ans, reçut dans la tête, à une distance d'à peu près 3 mètres, une balle de carabine Flobert. Ce projectile d'environ 6 millimètres, traversa d'abord le chapeau de paille que portait l'enfant, puis vint repasser en plein front. Il n'y eut aucune perte de connaissance, la douleur fut peu vive, l'hémorragie légère. Le médecin appelé reconnut au moyen d'un stylet plombé que la plaie était pénétrante ; il appliqua un pansement antiseptique et dirigea le malade sur l'hôpital Bichat dans le service de M. Terrier.

Dès son entrée, à 6 heures du soir, le blessé fut lavé et rasé. Je fus appelé auprès de lui à 8 heures : je constatai l'existence d'une fracture du frontal au point de pénétration du projectile ; l'enfant avait toute son intelligence et ne présentait aucun symptôme. Après une mise à nu du foyer, j'agrandis l'orifice avec la gouge et le maillet, n'ayant pas de pince-gouge à ma disposition, je retirai des cheveux de la plaie osseuse et m'assurai que la dure-mère n'était que contuse ; la balle ne

fut pas retrouvée, mais l'absence de perforation de la dure-mère et l'existence d'une petite plaie à 8 centimètres en arrière nous autorisa à croire qu'après avoir brisé le crâne le projectile avait fait séton et était ressorti.

Le 8 septembre, au deuxième pansement, les fils sont retirés, l'enfant se lève; le 9 il sort. Neuf jours après l'opération, il rentre chez lui guéri. J'ai eu deux ans après de ses nouvelles, aucun accident tardif n'est survenu.

En somme je considère comme sage et prudente la conduite du chirurgien qui, loin de se fier à l'asepsie d'une plaie du crâne par balle, s'assure qu'au moins le foyer osseux est libre de corps étranger, le régularise et en fait l'hémostase et la désinfection. Dans maint cas de plaies par balles de revolver et d'autres armes dont la force de pénétration est minime, il sera possible de retrouver le projectile, soit dans l'épaisseur de l'os, soit à sa face profonde ; il sera possible encore de retirer un fragment d'os, des débris de coiffure, des cheveux et d'antiseptiser la plaie.

J'estime qu'ainsi traité un blessé se trouvera beaucoup plus à l'abri des accidents que celui auquel on se sera contenté d'appliquer un pansement sur le cuir chevelu. Dans ces circonstances, le *chirurgien imprudent est l'abstentionniste;* c'est mon avis personnel et c'est aussi, je suis autorisé à le dire, l'avis du professeur actuel de thérapeutique chirurgicale de la Faculté.

La plaie est-elle plus profonde, la balle a-t-elle pénétré dans la substance cérébrale ? Si la balle est aseptique, mon intervention n'aura rien enlevé à ses chances de guérison; si la balle s'est infectée en traversant la peau, il est incontestable qu'avec un débridement de la dure-mère et une brèche à la calotte cranienne, mon malade sera dans de meilleures conditions pour résister à la suppuration de son foyer que celui chez lequel on ne sera intervenu qu'après le signal donné par la céphalalgie et par la fièvre.

Je vais plus loin : si au cours d'une trépanation préventive pour fracture du crâne par balle de revolver on rencontre au moyen d'une exploration prudente du trajet, on rencontre, dis-je, à sa portée un corps étranger ou un fragment d'os, on est en droit d'en pratiquer l'extraction : si le stylet ne donne aucune indication, où s'il indique un projectile à une profondeur telle que l'extraction risque de contusionner la substance cérébrale, il vaut mieux s'abstenir, se contenter d'un léger lavage antiseptique des parties contuses et au besoin, si la crainte d'une infection locale est justifiée par les observations faites au cours de l'opération, établir primitivement un drainage au contact de la plaie cérébrale.

M. Desprès. Je ne suis pas du tout d'avis que l'intervention chi-

rurgicale soit bonne et rationnelle en cas de plaie pénétrante du crâne. Quand la balle est encastrée dans l'os, quand elle n'a point dépassée la dure-mère, quand on la sent nettement et facilement, son extraction est sans doute indiquée, mais quand la balle a pénétré plus avant, j'estime qu'on ne doit jamais aller à sa recherche. L'extraction est, en effet, impossible en pareil cas et, de plus, elle est inutile. Un cas récemment observé dans mon service en donne bien la preuve. Il s'agit d'une jeune fille blessée à la tempe par une balle de revolver et transportée dans mes salles peu après l'accident. Mon interne, en présence de la gravité des symptômes (état comateux, refroidissement et coloration bleuâtre des extrémités), eut l'imprudence de sonder la plaie. Mais après avoir plongé son stylet à 10 centimètres de profondeur, il dut se retirer sans avoir perçu le moindre contact. A ma visite du lendemain, je me gardai bien de renouveler cette exploration aussi dangereuse qu'inutile et je me contentai d'appliquer un pansement au diachylum. Dix-sept jours après la plaie était cicatrisée et au bout d'un an la guérison ne s'était pas démentie. Ceci n'est qu'un fait isolé, mais chacun doit le savoir, les faits qui parlent dans le même sens ne se comptent plus. En cas de plaie pénétrante de l'oreille, la situation n'est plus la même, et deux fois, sans le moindre succès d'ailleurs, j'ai moi-même tenté l'extraction. Mais en cas de plaie pénétrante proprement dite, je ne saurais trop le répéter, la règle est d'éviter toute recherche, toute intervention, pour cette double raison que la découverte du projectile est impossible et que nous savons par des faits très nombreux, que les balles de revolver, voire même les balles de fusil de munition, peuvent impunément rester dans le cerveau.

M. Delorme. Primitivement circonscrite au traitement des fractures du crâne avec dépression produite par les balles, la question de l'opportunité de l'intervention vient de s'étendre après les communications de MM. Gérard Marchant et Berger, et la discussion est actuellement ouverte sur la question si intéressante, sans cesse renouvelée, de l'utilité de la recherche et de l'extraction des balles de revolver du commerce dans les perforations uniques ou pénétrations du crâne et de l'encéphale. C'est à ce dernier point que je m'arrêterai.

Avant d'aller plus loin, je crois d'abord devoir faire une remarque. Quand on parle d'exploration en pareils cas, il s'agit bien d'exploration primitive, c'est-à-dire faite à une période très rapprochée du traumatisme : un jour, deux ou trois jours au plus après l'accident. Car lorsque la période de réparation de la plaie commence, il n'y a qu'inconvénients à la sonder ; plus tard on risque-

rait de ne plus trouver de trajet, et à cette période éloignée, c'est surtout lorsqu'est survenu un abcès cérébral qu'après l'incision de l'abcès on est autorisé à rechercher dans sa cavité, et avec prudence, le projectile ou les esquilles.

Pour apprécier l'opportunité de la recherche primitive des balles de revolver du commerce, je me suis adressé à l'expérimentation, sans vouloir me laisser impressionner par les considérations applicables aux projectiles des armes de guerre dont les qualités balistiques sont si différentes. Je me suis servi d'un revolver du calibre de 7 millimètres lançant un projectile pesant 3 grammes; mon tir s'est effectué sur des crânes de cadavres frais, dont le cerveau présentait, par conséquent, une consistance normale, et des balles ont été lancées à la distance rapprochée à laquelle d'ordinaire, dans les suicides ou les tentatives d'homicide, on décharge l'arme. Voici ce que j'ai constaté, mes résultats méritent bien quelques instants de votre attention.

Exp. 1. — A la distance de deux pas, sur une tête mise de face, je pénètre la partie externe du frontal droit. La pénétration, je le dis une fois pour toutes, est affirmée *de visu* par la constatation directe du trou, la dépression osseuse circulaire de l'orifice d'entrée et l'issue de masse cérébrale. Par la palpation du crâne, sur ce sujet comme sur les autres, je m'assure bien, avant tout catéthérisme, que la balle n'est ni ressortie, ni cachée sous la peau, et que la surface du crâne ne présente en aucun point de saillie osseuse anormale. Ces constatations préliminaires seraient indispensables sur le vivant; elles permettent d'éviter toute recherche intra-cranienne qui serait irrationnelle.

Je sonde la plaie avec précaution, je dirige, à peine, la sonde cannelée suivant une direction à moi connue. A 8 centimètres, léger arrêt, puis, à 18 centimètres, *sans m'avoir permis de découvrir ni esquille. ni projectile* dans ce long trajet, la sonde s'arrête définitivement : elle bute contre un corps dur, os ou projectile. Je glisse dans la cannelure de la sonde un explorateur Trouvé, comme je l'eus fait sur le vivant; le trembleur reste muet. Je suis donc contre la paroi crânienne opposée à l'orifice d'entrée, ce que me faisait déjà supposer l'étendue de la sonde engagée.

Mon assistant, le Dr Lannes, médecin stagiaire, qui n'avait pas assisté à mon exploration, sonde la plaie avec prudence et pénètre sans rien découvrir à 8 centimètres en suivant un trajet distant de celui que j'avais suivi de 5 centimètres au niveau de son cul-de-sac. Il a fait une fausse route, peut-être moi-même en ai-je fait une aussi.

Le crâne est scié circulairement un peu au-dessus du niveau de l'orifice osseux : j'abrase, millimètre par millimètre, la masse cérébrale à quelques centimètres autour du trajet du projectile et je trouve, à partir de 2 ou 3 centimètres de la périphérie du cerveau, et à des profondeurs variables une dizaine d'esquilles situées aux limites ou au delà des

limites du trajet. Elles ont les dimensions diamétrales d'un grain de chenevis et représentent plus que le volume du projectile. La balle aplatie, présentant la déformation type des balles qui ont perforé des os durs, était logée près de la surface du cerveau, à la limite de la région frontale bien en avant et à 4 centimètres au-dessus du trajet parcouru par la sonde. Pas d'esquilles à la face interne du crâne.

En somme, nous avions fait deux fausses routes et nous n'avions trouvé ni balle, ni esquilles.

Exp. II. — A trois pas de distance, je loge dans le cerveau d'un homme paraissant âgé de 50 ans comme le précédent, une balle du même revolver. Elle perfore le pariétal droit à sa jonction avec le temporal et, étant donnée la position de la tête et du tireur, il est probable qu'elle a dû se diriger vers le pariétal opposé. Exploration avec la sonde cannelée qui s'engage d'elle-même dans le trajet. A 4 centimètres environ, la sonde butte contre un corps dur. L'explorateur de Trouvé est glissé dans la cannelure de la sonde ; le trembleur ne fait entendre aucun bruit. Il s'agit d'une esquille. Avec une pince hémostatique engagée librement par l'orifice cranien qui présente un diamètre presque égal à deux fois celui du projectile, je fais aisément l'extraction de cette esquille plus large que la balle. Continuant l'exploration, je trouve et j'enlève deux esquilles plus grosses que la première à 6 centimètres de profondeur environ.

A 8 centimètres, nouvelles esquilles. Malgré les recherches les plus attentives et les plus prudentes, je ne découvre pas la balle. Je continue ces recherches sans souci des dégâts cérébraux produits (ce que je n'eusse jamais fait sur le vivant) ; même insuccès. Ma sonde bute contre la faux du cerveau sans rien reconnaître du projectile.

Le crâne est scié circulairement, la masse cérébrale excisée millimètre par millimètre autour et au niveau du trajet. Je retrouve trois grosses esquilles qui avaient pénétré la masse cérébrale en dehors des limites de ce dernier, puis, contre la faux du cerveau, la balle déformée, aplatie, logée au milieu d'un magma de masse cérébrale reposait à 2 centimètres environ au-dessus du point frappé par la sonde. Tout le trajet était semé de fragments de cheveux noirs d'autant plus nombreux qu'on se rapprochait plus du cul-de-sac.

Pas d'esquilles à la face interne du crâne. *Dans ce cas, l'explorateur avait bien suivi le trajet parcouru par le projectile ; il avait permis de reconnaître plusieurs esquilles volumineuses, mais non toutes, et n'avait pu trouver la balle.*

Exp. III. — Pénétration, à trois pas, par une balle de 7 millimètres, du crâne d'un homme de 50 à 60 ans. L'orifice d'entrée répond à la ligne bi-auriculaire à deux travers de doigt au-dessus du conduit auditif. Etant donnée la position respective de la tête du cadavre et du tireur, le projectile a dû se diriger vers le temporal opposé

Une sonde cannelée, bientôt remplacée par une sonde droite en étain, plutôt contenue que poussée, s'engage dans le trajet supposé du pro-

jectile et va buter, à 16 centimètres de profondeur, contre la paroi cranienne opposée, sans constater ni la présence de la balle ni celle d'esquilles.

L'autopsie du crâne et du cerveau, faite comme dans les précédentes expériences, me fait tomber, à 2 centimètres de profondeur, sur un petit fragment de la balle, puis sur 3 esquilles encastrées dans le cerveau, au delà des limites du projectile. L'une de ces esquilles a 2 centimètres carrés. A quelques centimètres plus loin, je trouve une 4e, puis une 5e, puis une 6e, puis une 7e esquille aussi volumineuses, toutes presque égales ou égales au diamètre de la balle. La dernière est à 5 centimètres de profondeur de l'orifice cranien. Poursuivant l'excision cérébrale, je recueille une 8e, puis une 9e esquille. Dans le ventricule latéral que la balle a traversé, je rencontre encore 3 esquilles. Enfin je découvre la balle aplatie, étalée contre la paroi du cerveau, à deux bons travers de doigt en arrière et au-dessous du trajet supposé. Elle n'était pas accompagnée d'esquilles. Peu de cheveux dans le trajet, parce que la tête du cadavre en était peu garnie. Pas d'esquilles contre la paroi interne du crâne.

Conclusion. — *L'explorateur, après avoir suivi le trajet parcouru par la balle, avait fait une longue fausse route, traversé de part en part tout un lobe cérébral, près de sa base, et il n'avait permis de reconnaître ni projectile, ni aucune des 12 esquilles dont le volume dépassait 6 à 8 fois celui de la balle.*

Exp. IV. — Le crâne d'un sujet âgé de 50 à 60 ans est pénétré à la distance de 5 pas par une balle du même revolver. Le projectile perfore la partie supérieure de l'occipital sur la ligne médiane.

La sonde cannelée, puis la sonde d'étain s'engagent progressivement à une profondeur de 20 centimètres et s'arrêtent contre un obstacle. Résultats négatifs fournis par l'explorateur Trouvé. L'explorateur butte donc contre le frontal. Dans ce long trajet parcouru, la sonde n'a reconnu ni esquilles ni balle.

A l'autopsie, je recueille près de l'orifice cérébral deux minuscules fragments de plomb ; un autre était laminé et fixé contre l'ouverture osseuse. Dans la masse cérébrale, en dehors du trajet, ou à ses extrêmes limites, j'extrais une dizaine d'esquilles dont le volume est trois fois environ supérieur à celui de la balle. Celle-ci est retrouvée à 12 centimètres de profondeur, dans un trajet différent de celui que j'avais suivi. Le trajet était ici tapissé de nombreux fragments de cheveux. Pas d'esquille contre la paroi interne du crâne.

Ici, l'explorateur avait donc fait une longue fausse route, après avoir suivi, sur une assez longue étendue, le trajet parcouru par la balle. Le cathéthérisme de la plaie cérébrale n'avait décélé ni la présence du projectile, ni celle d'esquilles d'un volume trois fois environ supérieur à celui de ce dernier.

Exp. V. — Coup de feu pénétrant du crâne d'une femme âgée de 50 ans environ. La balle de revolver, tirée à cinq pas, perfore le crâne

à un travers de doigt au-dessus et à droite de la protubérance occipitale externe, produisant comme sur les autres sujets un orifice d'entrée très notablement supérieur au diamètre de la balle.

La sonde cannelée, puis la sonde d'étain, s'arrête à deux centimètres environ au dessous de l'orifice crânien contre un obstacle qu'elle dépasse au bout de quelques instants.

Elle s'était coiffée de la dure-mère décollée dans une étendue circulaire de 4 à 5 centimètres, comme nous le montra l'autopsie. A 6 centimètres de profondeur, il semble que l'instrument rencontre un obstacle. Résultats négatifs fournis par l'appareil Trouvé. Je continue l'exploration avec prudence et sans trouver de projectile, ni esquilles, je finis par arriver sur le frontal.

A l'autopsie, je constate que quelques fragments de projectile sont incrustés contre le biseau de l'orifice d'entrée, que quelques minuscules morceaux de plomb reposent sur la dure-mère décollée. Sur la surface externe de cette membrane déprimée en doigt de gant reposent cinq esquilles assez volumineuses provenant du biseau de la table externe et de son pourtour. Dans le cerveau, à quelques centimètres de profondeur, je trouve quelques esquilles mais pas la balle, et il faut réduire sous les doigts cette masse cérébrale en pulpe pour la trouver. Pas de cheveux dans le trajet.

Ici, encore, j'avais fait une fausse route et je n'avais pu découvrir ni les esquilles profondes ni la balle.

Exp. VI. — Balle de revolver tirée à trois pas dans la partie médiane du frontal de la tête d'un homme de 50 à 60 ans.

Ici, comme dans les précédentes expériences, l'instrument explorateur traverse toute l'étendue antéro-postérieure de la masse cérébrale et butte contre l'occiput sans rencontrer ni esquilles ni projectile.

A l'autopsie, je trouve la dure-mère décollée circulairement dans l'étendue d'une pièce de 50 centimes. Dans la masse cérébrale, à quelque distance de l'ouverture de la dure-mère déprimée, sont extraites trois esquilles assez volumineuses.

L'une d'elles a le diamètre du projectile. Dans la région occipitale, à 4 centimètres environ au-dessus du niveau de la protubérance occipitale externe, près de l'écorce cérébrale, se trouve le projectile accompagné de quatre esquilles plus petites que les premières mais non négligeables. Il occupe le fond d'un cul-de-sac dont je m'étais écarté de quelques centimètres. Peu de cheveux dans le trajet. *Ici, l'instrument explorateur avait fait fausse route sans rien découvrir.*

Exp. VII. — Tir à cinq pas sur le crâne du cadavre d'un homme de 45 ans environ.

La balle pénètre la partie inférieure du pariétal droit.

Par l'ouverture d'entrée de la balle, supérieure à son diamètre, j'engage une sonde qui bien que retenue plutôt que poussée arrive bientôt à toucher la paroi opposée du crâne sans éprouver de résistance et sans sentir ni esquilles ni balle.

A l'autopsie : la dure-mère est trouvée décollée dans l'étendue circulaire de 5 centimètres ; deux petites esquilles reposent sur sa face externe ; plusieurs autres, plus volumineuses, sont trouvées à quelques centimètres de profondeur dans le cerveau en dehors des limites du trajet parcouru par le projectile et de celui suivi par la sonde. La faux du cerveau est traversée et la balle s'est arrêtée au-dessus du ventricule latéral opposé à la pénétration cranienne.

Encore ici, l'explorateur avait fait fausse route, étendu les dégâts et n'avait rencontré ni balle ni esquilles.

J'ai terminé le résumé de mes expériences. J'ai cru inutile, et je crois que vous partagerez mon avis, de les multiplier à cause de la similitude des résultats obtenus. Pour ne pas sortir du sujet en question j'en dégagerai surtout quatre données très importantes : La première *la facilité extrême avec laquelle un cerveau se laisse traverser par un instrument explorateur ; j'ajouterais* métallique, *si on y tenait.* La deuxième *c'est la présence d'esquilles volumineuses et nombreuses dans le trajet et surtout au delà des limites du trajet parcouru par le projectile;* la troisième *les difficultés extrêmes pour ne pas dire l'impossibilité de trouver une balle de revolver du commerce profondément engagée dans le cerveau ;* la quatrième *les difficultés plus grandes encore qu'on éprouverait à retrouver toutes les esquilles intra-cérébrales alors même qu'on aurait découvert le projectile.*

Je vous demanderai de développer non sans intérêt pratique ces quatre points. 1° Vous l'avez vu, dans mes sept expériences, les instruments explorateurs ont fait des fausses routes totales ou partielles. *Toujours, ils ont aggravé les dégâts* produits par la balle et les esquilles. Quand mon aide a sondé l'une de ces plaies, il a ajouté une nouvelle fausse route à celle que j'avais produite. Et je ne crains pas d'y revenir : les cerveaux des cadavres utilisés avaient une consistance normale et l'exploration a été conduite avec toute la prudence et les soins que j'aurais mis à la faire sur un blessé. Cette facilité extrême avec laquelle on produit des fausses routes s'explique très aisément. Le trajet cérébral creusé par la balle n'est pas béant; ses parois sont accolées et les résistances à la pénétration de l'instrument n'existent plus à l'extérieur puisque les membranes sont détruites à l'orifice et ne se retrouvent plus qu'au niveau des cloisons dure-mériennes. Pour le moins on s'expose donc à traverser tout un lobe.

2° Le second point mérite d'autant plus de nous arrêter qu'il est contesté. M. Berger a admis qu'il est tout à fait rare de voir, dans les plaies du crâne par balles de sept millimètres, des esquilles s'implanter dans la substance cérébrale.

J'aurais été tenté de faire la même remarque si je n'avais pas

fait suivre mes tentatives de recherches de l'autopsie des cerveaux, ou si je m'étais contenté de faire ces recherches sur le vivant ; mais ce que j'ai constaté après l'autopsie me fait regretter de ne pouvoir partager l'opinion de mon collègue. Dans mes expériences j'ai toujours trouvé des esquilles logées dans le cerveau ; elles étaient nombreuses, et représentaient pour le moins un volume égal à celui du projectile ; le plus souvent un volume très supérieur. Or ces esquilles ne sont pas quantités négligeables au point de vue des conséquences du traumatisme puisqu'elles sont plus mal tolérées que les balles.

3° Je n'ai pas besoin de revenir sur les difficultés extrêmes de trouver une balle de revolver du commerce profondément engagée dans le cerveau.

Je n'ai qu'à rappeler que dans aucune de mes expériences je n'ai pu en déceler la présence. En serait-il toujours ainsi? Il ne m'en coûte rien d'admettre le contraire, malgré la brutale et constante évidence des expériences que je viens de vous relater, mais j'admettrais surtout l'exception dans des conditions différentes de tir, avec un tir à moins courte distance avec des balles animées de plus faibles vitesses. A défaut des renseignements fournis par le blessé ou son entourage, vous avez pour vous guider sur cette distance les dimensions de l'orifice d'entrée, lesquelles comme je l'ai bien établi diminuent avec la vitesse. Avec un orifice de dimensions égales et surtout supérieur au projectile et c'était le cas dans mes expériences, vous avez tout lieu de croire que le projectile est logé profondément.

Jusqu'à constatation contraire sur vos blessés, vous pouvez supposer l'inverse dans les conditions opposées. J'ai à peine besoin de faire ressortir tout ce que cette donnée comporte d'utilité pratique. J'y reviendrai.

4° Si la recherche de la balle est déjà incertaine, combien l'est plus encore celle des esquilles détachées par le projectile. Une seule fois j'en ai constaté la présence, mais je n'ai pu en extraire que quelques-unes et non toutes. Dans mes autres expériences je n'avais pu les déceler. La chose est d'autant plus singulière qu'elles représentaient sur l'un de mes sujets plus de huit fois le volume de la balle.

Rappelez-vous les constatations faites dans mes expériences et vous en comprendrez aisément la raison. Ces esquilles étaient pour la plupart encastrées dans la masse cérébrale en dehors des limites du trajet parcouru par le projectile. Après avoir été un instant chassées au devant du projectile, elles avaient été refoulées *projetées latéralement*, excentriquement, puis abandonnées par lui au-delà des limites du champ d'exploration de la sonde, chacune

au fond du trajet particulier qu'elle s'était creusé. De semblables esquilles ne peuvent déjà que très difficilement être recueillies sur le cadavre après le sacrifice voulu et possible de la masse cérébrale; il serait *impossible* de les enlever sur le vivant. Or, je le répète dans tous mes cas, dans tous mes tirs de deux à cinq pas, c'est-à-dire à la distance où d'ordinaire on décharge ces revolvers, je les ai toujours rencontrées. En serait-il toujours ainsi ? Non. La projection des esquilles n'existe, je l'ai appris par une expérience multipliée, que lorsque la vitesse du projectile est grande. Celle-ci est-elle faible? La balle chasse directement les fragments de la portion cranienne, qui s'est opposée à elle, puis ces fragments glissent sur ses côtés sans être projetés. Ils restent accolés au trajet, certaines esquilles du biseau interne, de la table interne peuvent même rester en contact avec la face externe de la dure-mère décollée.

Mais puisque la projection esquilleuse, partant les difficultés de l'extraction sont en rapport avec la vitesse de la balle et celle-ci indiquée par les dimensions diamétrales de l'orifice cranien visible, sensible au doigt, ou accessible à une sonde, sans danger, vous avez encore là un repère pratique pour juger de l'opportunité ou de l'inutilité d'une tentative de recherche.

Je conclus de là : l'exploration dans les pénétrations du crâne par balle de revolver du commerce est *dangereuse, incertaine, inutile* quand le *trajet est profond, la balle tirée de près*, l'orifice d'entrée large, égal ou supérieur au diamètre de la balle. Dans ces conditions cette exploration immédiate de *tout le trajet* dans les cas les plus heureux ne permettrait pas en effet de reconnaître tous les corps étrangers nocifs (balles, esquilles nombreuses, semis de cheveux.)

Dans les conditions contraires, elle est permise, avec la réserve de la conduire avec la prudence excessive qu'imposent la mollesse, la pénétrabilité de la masse cérébrale.

En traduisant en langage plus pratique ce qui précède, je dirai : En présence d'un homme qui vient de recevoir dans le crâne une balle tirée bien au delà de cinq mètres, et qui présente l'orifice cranien de dimensions inférieures à la balle, j'engagerais avec précaution une sonde molle cannelée ; ou plutôt je laisserais ces instruments presque s'engager d'eux-mêmes. Que si à une profondeur de 3, 4, 5 centimètres au plus je ne trouvais ni balle, ni esquilles je cesserais mes recherches. Dans le cas supposé de recherche infructueuse, après avoir donné à la tête du blessé une position qui rende la plaie déclive, je renouvellerais mes tentatives, aussi prudentes, d'exploration le lendemain ou le surlendemain, avec la pensée que par leur propre poids, par le fait des mouvements de

la masse cérébrale ou du ramollissement des parties qui englobaient ces corps étrangers, ceux-ci ont pu se rapprocher de la plaie et devenir accessibles.

Dans les cas d'orifices d'entrée larges, de trajets étendus, je ferais encore une exploration, mais celle-ci ne serait pas immédiate; je n'aurais, comme je l'ai assez dit, aucune chance de réussir. Elle serait retardée de quelques jours. Encore ici j'aurais eu soin de donner à la tête une position qui permette et favorise le rapprochement des corps étrangers de la surface du cerveau. Comme dans le cas précédent, l'exploration ne serait pas prolongée au delà de quelques centimètres, à la fois pour éviter les fausses routes dangereuses et parce qu'une pince extractive introduite profondément, déchire le tissu cérébral dans une grande étendue sur le trajet des branches terminales et manuelles, écartées au moment de la préhension et de l'extraction du projectile.

Dans le premier cas, il serait nécessaire d'agrandir au trépan ou à la pince gouge l'orifice de la balle; dans le second cet agrandissement ne serait pas le plus souvent utile si j'en juge par l'étendue des diamètres de l'orifice d'entrée que j'ai constatée dans mes expériences; dans une de ces dernières j'ai facilement fait passer dans l'orifice cranien une esquille de dimensions diamétrales bien supérieures au projectile.

J'ajouterai, pour terminer, qne la nature de la région pénétrée, et que les symptômes présentés par le blessé doivent, à mon sens, peser grandement sur la détermination du chirurgien, quelle que soit l'étendue du trajet parcouru par le projectile. C'est surtout dans l'écorce des régions frontale, pariétale, temporale, peut-être occipitale, qu'on peut sans grande crainte faire pénétrer un explorateur, un instrument extracteur; dans les pénétrations de la base, ces recherches seraient, je crois, imprudentes et dangereuses. C'est enfin sur des blessés, ne présentant pas des symptômes alarmants, d'une gravité telle qu'il y ait des craintes immédiates pour la vie, qu'on peut poursuivre cette exploration ou cette extraction, sans courir le risque de contribuer ou de paraître avoir contribué à aggraver la situation du blessé.

A M. Quénu, je répondrai : « Je crains que son antisepsie, très désirable sans doute, ne soit aléatoire, difficile, voire même dangereuse dans les plaies pénétrantes profondes. Si, dans ces cas, on se sert de tampons de gaze iodoformée par exemple, on augmente les dégâts et on s'expose à faire de fausses routes comme avec la sonde cannelée; si on injecte des liquides, on peut les faire pénétrer dans les cavités intra-cérébrales traversées. »

M. P. Reclus. Il me semble que, dans cette discussion, deux

points très nets doivent être examinés séparément : les inconvénients ou les accidents dus à la présence de la balle dans le crâne, et les inconvénients ou les accidents provoqués par le traumatisme : effraction du cuir chevelu et de la boîte cranienne, mise à nu des méninges et de la substance cérébrale, inoculation par les germes venus du dehors et méningo-encéphalite consécutive ; puis l'entraînement d'esquilles osseuses avec la destruction et la compression qu'elles provoquent ; enfin la déchirure des vaisseaux, les hémorragies et tous les désordres fonctionnels dont elle est la cause.

Pour ma part, je me déclare interventionniste convaincu lorsque je constate ou même lorsque je soupçonne l'un quelconque de ces accidents dus au traumatisme : le cuir chevelu est déchiré, le crâne est ouvert, les méninges et le cerveau sont au contact de ce foyer traumatique et l'inoculation est menaçante ; je débride alors la plaie, j'enlève les esquilles, j'applique le trépan s'il y a lieu pour pénétrer dans toutes les anfractuosités et je ne m'arrête que lorsque je suis sûr d'une désinfection complète et parfaite de la plaie ; je considère, en effet, cette intervention comme n'ayant aucune gravité par elle-même ; en tous cas, elle ne saurait être mise en balance avec les dangers que ferait courir l'inoculation de la plaie par les germes pathogènes venus du dehors. MM. Chauvel, Gérard-Marchant, Quénu, Berger, ont insisté sur ce point et je crois qu'ici, à la Société de chirurgie, l'unanimité est faite sur ce premier point.

Il en est de même pour le second : il y a des esquilles osseuses qui refoulent les méninges et pénètrent dans la substance cérébrale ; on aurait beau être sûr, et, dans l'espèce, rien n'est moins certain, que le foyer traumatique est aseptique, il faut intervenir; car la fonction cérébrale aurait à souffrir de ces compressions. Sans parler des phénomènes immédiats, l'épilepsie guette le blessé et j'ai rapporté ici, à la Société de chirurgie, le cas d'un individu qui, blessé pendant la guerre de 1870, par un éclat d'obus à la tête, avait des crises convulsives quotidiennes dont il ne fut guéri que par la trépanation large que je pratiquai ; je pus enlever ainsi une large exostose intra-cranienne qui refoulait la dure-mère ; ce fut un magnifique succès et la plupart d'entre nous pourrait en citer un certain nombre de ce genre. Il en est de même lorsque, à la suite de la rupture d'un vaisseau important, une hémorragie s'est faite qui comprime le cerveau ; il faut évacuer le sang, lier l'artère si elle est accessible. Je crois qu'ici encore nous sommes tous d'accord.

Mais s'il n'y a ni foyer contaminé, ni esquilles osseuses pénétrantes et comprimantes, ni épanchement sanguin volumineux, lorsque les méninges et le cerveau restent muets, qu'aucun signe,

qu'aucun symptôme, qu'aucun trouble fonctionnel ne se montre, faut-il sonder la plaie, ou la débrider, ou trépaner pour aller à la recherche de la balle par crainte des accidents que ce corps étranger pourra provoquer. J'avoue ne pas être de cet avis : la balle est dangereuse par les dégâts qu'elle provoque bien plus que par elle-même; je la crois le plus souvent aseptique et les tissus la tolèrent très bien. Elle s'enkyste et peut rester indéfiniment sans provoquer aucun désordre qui révèle sa présence. Je sais bien qu'il n'en est pas toujours ainsi et des statistiques nous démontrent que, après la guérison obtenue, on voit, dans un très grand nombre de cas, des accidents survenir; accidents consécutifs et à longue échéance qui peuvent avoir pour conséquence la mort.

Est-ce à dire que, par crainte de ces accidents, on doit rechercher les projectiles dans la substance cérébrale? Je crois que ce serait un leurre. Les succès que signalent les statistiques à la suite de l'intervention sont dus à l'une des trois causes que je signalais tout à l'heure : désinfection du foyer, relèvement et enlèvement des esquilles, évacuation d'un caillot sanguin compressif, mais pas à l'extraction de la balle, puisque le plus souvent cette balle n'a pas été enlevée. On ne le dit pas assez lorsque l'on parle des succès dans les interventions. Ces succès sont obtenus malgré que la balle ait été laissée dans le cerveau. Donc ce n'est pas contre elle qu'on est parti en guerre : c'est contre ces accidents pour lesquels je conseille l'intervention. Ce point méritait d'être mis en lumière, car, à ma connaissance, aucun d'entre nous, dans la discussion actuelle, n'a fait cette remarque essentielle.

Comment chercher la balle, en effet? Vous voyez ce que vient de dire M. Delorme. Ces expériences prouvent que les investigations n'ont comme résultat que la formation de fausses routes ; autant de sondages, autant de déchirures nouvelles de la substance cérébrale. Les expériences de notre collègue viennent confirmer des expériences plus anciennes de Pierre Delbet et Dagron. Ils ont vu que lorsque la balle avait une force de pénétration suffisante, elle venait frapper la surface interne de la boîte cranienne et ricochait en créant un trajet nouveau. Comment alors et sur quoi se guider pour trouver le projectile? On irait en aveugle dans un parenchyme mou, et autant je crois que la trépanation est innocente par elle-même, autant je considère ces recherches comme dangereuses. Aussi je les proscris pour ma part.

C'est donc vous dire — et ceci est ma conclusion — que dans les plaies du cerveau par projectile de petit calibre, j'interviens parfois : j'interviens pour aseptiser le foyer, j'interviens pour relever ou pour enlever des esquilles osseuses, j'interviens pour lier un vaisseau et évacuer un caillot sanguin qui comprime les

méninges et le cerveau ; mais en l'absence d'une de ces complications, je m'abstiens ; je ne vais pas à la recherche d'une balle, car rien ne m'indique où elle est et les manœuvres pour la trouver sont fort loin d'être innocentes.

M. Ch. Monod. J'étais appelé, le 12 juin 1887, à 11 heures du soir, auprès d'un jeune homme âgé de 23 ans qui, quelques heures auparavant, s'était tiré un coup de revolver dans la tempe droite.

Le blessé n'est pas absolument sans connaissance, mais en état de grande dépression ; il répond à peine aux questions posées, demande qu'on le laisse tranquille.

Une grosse bosse sanguine occupe toute la région temporale ; sans battements. A son centre un orifice petit, noirâtre, par où le sang s'est écoulé en assez grande abondance.

Une exploration ménagée, au stylet, de l'orifice et du trajet qui suit me conduit sur un corps dur, qui doit-être ou la balle ou un fragment osseux.

C'en est assez pour justifier une exploration plus complète. Je fais respirer un peu de chloroforme au malade, et pratique sur le bord antérieur de l'orifice d'entrée de la balle un débridement par lequel j'extrais facilement un petit fragment osseux.

Le stylet rencontrant encore des parties dures qui semblent mobiles, je débride de nouveau en bas ; une perte de sang artériel, provenant de la temporale ou d'une de ses branches, est immédiatement arrêtée avec une pince. Section aux ciseaux de l'aponévrose temporale qui forme bride. Je sens alors nettement l'orifice osseux et ses contours un peu irréguliers. Extraction de deux nouveaux fragments osseux, l'un assez volumineux, profondément enfoncé que je suis obligé de faire basculer pour l'amener en dehors ; l'autre, tout petit qui est facilement saisi et enlevé.

Je ne sens plus aucun corps dur, mobile. Le doigt pénétrant dans la cavité cranienne rencontre une masse mobile, animé de battements isochrones au pouls qui n'est autre que le cerveau contus. Je ne pousse pas plus loin ma recherche.

La plaie est tamponnée à la gaze iodoformée. Ouate antiseptique et bande.

Le malade est alors réveillé. La disposition de l'appartement est telle que le blessé ne peut être laissé, sans inconvénient, dans la pièce où il a été opéré. Il faut pour gagner sa chambre, lui faire descendre un petit escalier intérieur. Il accomplit ce trajet sans trop de peine, soutenu des deux côtés. Il demande son lit, et il s'étend avec plaisir.

Le lendemain 13 juin. Bon état. Température 37°. Se plaint de souffrir de la tête. Aucun phénomène paralytique. Urine facile et normale. Intelligence intacte, demeure sombre et ne répond que par monosyllabes.

Pansement le soir, deux gros fragments de matière cérébrale dans le pansement.

Les 14-15 et 16 juin. Même état satisfaisant. La température oscille entre 37°,1 et 37°,6. Pouls 80. La plaie a bon aspect. Au centre bourgeon cérébral, animé de battements, dont quelques fragments sont retrouvés dans les pièces de pansement; tout autour tissus souples.

Le 17. La nuit a été bonne, mais léger délire au réveil, puis mauvaise humeur. La température tend à s'élever, vers 2 heures après midi, aggravation subite; parésie du bras gauche, moins évidente au membre inférieur; température 39°,3, le pouls restant à 80. L'intelligence est encore intacte. Le bourgeon cérébral est plus gros, comme boursouflé.

18 juin matin. Température 40°, pouls 120. Les phénomènes paralytiques s'accentuent. Le malade ne veut plus ou ne peut plus parler. Il demeure inerte dans son lit, la tête tournée à gauche. Tombe bientôt dans le coma. Mort à 5 heures du soir.

L'autopsie n'est pas accordée. J'introduis profondément l'index dans la plaie; à bout de doigt, en arrière je sens un corps dur qui est probablement la balle. Je ne puis arriver à la saisir ni à l'extraire avec ma pince, à cause de l'inflexion du trajet.

J'avais à propos de ce fait entrepris quelques recherches, pour essayer de me rendre compte de ce qui advient d'ordinaire de tels blessés et de la conduite à tenir en pareil cas.

Ma tâche a été singulièrement simplifiée par la découverte de trois travaux statistiques publiés sur ce sujet en Amérique. Je les crois peu connus en France, et je vous demande la permission de les analyser rapidement devant vous.

Le premier en date est celui d'Andrews. Je n'ai pu le consulter dans l'original[1]. Je sais seulement par l'auteur qui le cite[2], qu'Andrews, à propos d'un fait personnel, est arrivé à recueillir 72 observations, dans lesquelles, malgré la pénétration d'une balle dans le crâne, les blessés ont guéri.

La statistique dressée par Warthon, en 1879[3], est beaucoup plus importante. Il est parvenu à réunir jusqu'à 316 cas de corps étrangers du cerveau, de toutes espèces; pour la plupart des balles de divers calibres.

Sur 316 cas, il trouve 160 guérisons, 156 morts ; soit à peu près égalité entre les survivants et ceux qui ont succombé.

Si l'on considère la conduite qui a été tenue, on voit que :

106 fois, le corps étranger a été extrait avec 72 guérisons, soit 67, 9 0/0 de guérison.

[1] ANDREWS, *Penns. Hosp. Rep.*, t. I.

[2] VOGL, *Wien med. Presse*, 1889, p. 134.

[3] WARTHON (H.-R.), An analyses of three hundred and sixteen cases in which foreing bodies were lodyed in the hrain (*Philadelph. medic. Times*, 19 juillet 1878, t. IX, p. 493; 1878-79).

210 fois, pas d'intervention avec 88 guérisons, 122 morts; soit 41, 9 0/0 de guérisons.

Il ne faudrait pas se hâter de conclure, de ces chiffres pris en bloc, à la grande supériorité de l'intervention active sur l'expectation car, dans un bien grand nombre de cas, les désordres immédiats sont trop graves pour que l'on puisse avoir l'idée d'agir d'une façon quelconque.

D'autre part cependant, et je reviendrai sur ce point, il est bien permis de dire que l'action chirurgicale n'aggrave pas nécessairement le pronostic.

Les 88 guérisons survenues sans intervention d'aucune sorte, établissent (ce que montrait déjà le relevé d'Andrews) que le cerveau peut, dans un nombre relativement grand de cas, supporter impunément la présence d'un corps étranger.

Mais ici encore il faut faire une réserve. Le blessé, guéri en apparence, est exposé à des accidents consécutifs, vertiges, convulsions, paralysies, troubles de la vue, de l'ouïe, etc.) dont la fréquence est grande.

Sur les 160 guéris (avec ou sans intervention) ces accidents se sont montrés 49 fois. Et souvent ils ont entraîné la mort dans un espace de temps variant entre 3 et 15 ans.

Warthon considère encore un dernier point : la gravité relative de la blessure, suivant son siège. Il rappelle une remarque déjà ancienne de Brodie qui affirme qu'il n'existe pas dans la science un seul cas de guérison de plaie pénétrante du crâne, alors que le lobe postérieur du cerveau, le cervelet et la moelle allongée ont été atteintes.

A cette affirmation nous pourrions immédiatement opposer le fait communiqué par notre collègue M. Duplouy [1] au dernier congrès de chirurgie dans lequel une femme atteinte par un coup de revolver ayant certainement intéressé le cervelet a survécu.

Il semble bien cependant ressortir des recherches de Warthon que, pour la plupart, les cas de guérison sont ceux où les os frontaux et les parties du cerveau qu'ils recouvrent ont été lésés.

Il dresse en effet le tableau suivant:

	Nombre de cas.	Morts.	
Lésion des os frontaux	132	58	(43,9 0/0)
Lésion des os pariétaux	58	27	(46,6 0/0)
Lésion des os occipitaux	23	16	(69,5 0/0)

Le troisième travail dont j'ai à vous entretenir, celui de MM. Brad-

DUPLOUY, Plaie du cervelet par arme à feu (*Congrès français de chirurgie*, 1893, t. VII, p. 714).

ford et Smith [1], porte sur un nombre de faits beaucoup moins considérable (91 cas). Il est cependant, à notre point de vue, plus intéressant, d'abord parce que les observations réunies se rapportent exclusivement à des blessures du cerveau par coup de feu ; ensuite parce qu'elles datent pour la plupart de ces quinze dernières années, c'est-à-dire que les blessés ont presque tous reçu les soins antiseptiques, aujourd'hui d'usage commun.

La proportion des guérisons observées est à peu près la même que dans le relevé de Warthon; Bradford et Smith trouvent sur 91 cas 40 guérisons, et 51 morts, soit 43, 9 0/0 de guérisons.

Warthon avait trouvé 50, 6 0/0. La différence n'est pas considérable.

Comme Warthon, Bradford signale de nombreux cas de survie (34 sur 91) malgré la persistance de la balle dans la cavité crânienne.

Mais comme lui aussi il insiste sur la fréquence des accidents consécutifs, chez les blessés en apparence guéris (16 fois sur 34, avec 9 morts).

Si je résume ce qui précède, en simplifiant autant que possible le langage, on voit que l'on peut dire :

1° Que *plus de la moitié* des blessés par coup de feu dans le crâne meurent ;

2° Que parmi les survivants, *plus d'un tiers* conservent le projectile dans la cavité crânienne ;

2° Que chez ceux-ci des accidents consécutifs surviennent au moins *une fois sur deux*, entraînant la mort dans *plus de la moitié des cas*.

Quel a été le résultat de l'intervention chirurgicale, lorsqu'on y a eu recours :

	Nombre de cas.	Guérison.	
Interventions opératoires quelconques.......	37	20	(54 0/0)
Simples sondages de la plaie ou expectation.	26	12	(48 0/0)
Rien de noté	29	8	(27,5 0/0)

En d'autres termes :

Une intervention opératoire quelconque guérirait *plus de la moitié des blessés*.

La guérison ne s'observerait que dans *moins de la moitié* des cas à la suite de l'expectation ou d'une exploration simple.

Dans ceux où rien n'est noté à cet égard dans les observations la proportion des guéris ne serait guère plus *d'un quart*.

Mais il importe de faire remarquer encore une fois, que chez

[1] BRADFORD (E.-H.) et SMITH (H.-L.), Penetrating pistol-shot wounds of the skull (*Boston medical Journal*, 15 octobre 1891, t. CXXV, p. 400).

nombre de blessés, les désordres immédiats sont tels qu'ils interdisent toute intervention. Celle-ci n'est praticable que dans les cas où la guérison paraît possible. Ce qui explique le nombre relativement grand des cas de guérison à la suite d'une thérapeutique active.

Quel a été enfin le mode d'intervention? Il a été noté dans 37 cas.

15 fois, la balle a pu être extraite, soit à l'aide d'une couronne de trépan, soit par simple incision; 10 guérisons, 5 morts.

22 fois la balle n'a pu être extraite, on s'est contenté d'enlever des fragments osseux, ou l'on s'est borné à une incision exploratrice, 10 guérisons, 12 morts.

La proportion des guérisons dans la première série est de 66,6 0/0, c'est-à-dire qu'elle survient dans presque les trois quarts des cas. Elle manque dans plus de la moitié des cas dans la seconde.

Sans tirer encore de conclusion de ces chiffres je note seulement en passant que pour ce qui est du trépan en particulier appliqué aux plaies du crâne par coup de feu, il n'a pas la gravité que l'on pourrait croire. Bradford cite cinq observations où la trépanation a été pratiquée; quatre fois elle a été suivie de guérison.

Un dernier point est mis en relief par cet auteur, à savoir que la gravité des blessures du crâne par projectiles résulte autant de la fracture concomitante et de la pénétration des fragments osseux dans le cerveau, que de la présence de la balle dans la cavité cranienne.

Sur 30 cas où l'état des os est noté, 15 fois l'enfoncement des fragments dans la substance cérébrale a été signalé; et sur ces 15 cas, 10 fois la mort a paru liée à cette circonstance.

Dans la discussion qui eut lieu à la Société médicale de Boston en 1891, notre collègue N. Cheever s'élevait avec force contre toute intervention dans les cas de blessures du crâne par coup de feu; il disait n'avoir jamais en pareille circonstance tenté l'ablation du projectile, et rappelait un cas observé par lui où la balle était restée impunément dans la cavité crânienne.

Plus récemment, en 1892, Köhler relatant des blessures de ce genre observées à la clinique de Bardeleben à Berlin pendant les années 1890-91, constate que, sur 16 cas, il y eut 8 morts et 8 guérisons. Chez les huit malades qui avaient succombé, l'autopsie montra que chez aucun la trépanation primitive n'aurait rendu service. Il conclut donc aussi à l'expectative.

Cette opinion est celle qui avait cours jusqu'ici. Une tout autre manière de voir s'est manifestée parmi nous à la suite de la communication de M. Chupin, du rapport de M. Chauvel et de l'intéressante observation de M. Gérard-Marchant.

Il me semble que les relevés statistiques, dont je vous ai indiqué

les principaux éléments, viennent à l'appui de la thèse qu'ils défendent.

S'ils confirment en effet la réalité d'un fait bien connu, que dans nombre de cas, le blessé guérit malgré la présence dans le crâne du projectile qui n'a pu être extrait, ils montrent du même coup la fréquence et la gravité des *accidents consécutifs* qui peuvent survenir en pareille circonstance. Premier motif qui doit porter le chirurgien à enlever le corps du délit, toutes les fois que cela sera possible.

Un second motif d'intervention sera tiré de cette considération bien mise en lumière par MM. Bradford et Smith : à savoir que la gravité de ces blessures dépend autant de la fracture concomitante que de la présence du projectile. L'observation de M. Chupin, les remarques de M. Chauvel et enfin la communication que vient de nous faire M. Delorme, illustrent bien cette proposition.

Enfin si c'est aller trop loin, pour les raisons que j'ai déjà dites, que de tirer des statistiques en apparence favorables, et à certains égards trompeuses, cette conclusion que l'intervention est toujours supérieure à l'expectative, il sera bien permis du moins de nous appuyer sur les chiffres que nous avons cités pour soutenir que l'intervention chirurgicale *bien conduite* n'ajoute pas aux dangers que court le malade.

Je dis *bien conduite*, et sur ce point je ne saurais trop me rallier aux préceptes si bien indiqués par M. Gérard-Marchant : pratiquer les incisions nécessaires pour explorer largement la plaie, agrandir au besoin la brèche osseuse, extraire les corps étrangers (os et projectiles) qui se présenteront dans le champ opératoire « en sachant borner ses recherches, si le corps du délit n'est pas immédiatement et facilement accessible. »

En se comportant de la sorte, on ne sauvera pas toujours son malade, le cas personnel que je vous ai rapporté le démontre entre bien d'autres, mais on pourra être certain du moins de n'avoir en rien aggravé sa situation.

Présentation de malades.

M. Poirier présente une malade à laquelle il a fait une *ostéotomie des deux os de la jambe*, suivie de suture osseuse, pour remédier à la déviation angulaire survenue après guérison apparente d'une fracture bi-malléolaire compliquée de plaie.

M. Schwartz montre une femme qu'il a traitée par des *injections interstitielles de naphtol camphré* pour obtenir la disparition de

volumineuses adénites cervicales suppurées avec fistules multiples.

Il n'a pas fallu moins de neuf mois de traitement et de deux cents injections pour amener une guérison qui est à cette heure complète et vraiment merveilleuse.

M. Delorme. Le malade que je présente à la Société de chirurgie est atteint d'une *rupture totale du grand pectoral gauche.*

Cette rupture s'est produite chez ce jeune soldat (Arr. de Laloupe, Eure-et-Loir), il y a trois mois dans un exercice de gymnastique, pendant un renversement aux anneaux. Elle s'est annoncée par les signes habituels : douleur immédiate, sensation de déchirure, impotence fonctionnelle légère, augmentation de volume de la région persistante et non intermittente, ecchymose insignifiante et tardive. Traitement anodin sans immobilisation du bras.

Actuellement, le malade offre près des attaches internes du grand pectoral, à un travers de doigt du bord du sternum, une légère voussure arrondie et mal limitée qui occupe toute l'étendue verticale du grand pectoral et se continue avec le corps du muscle. Lorsqu'on écarte le bras du tronc, la saillie diminue légèrement. Pendant la contraction active du muscle, empêchée ou libre, il se produit, sur toute l'étendue de ses attaches internes, une saillie longitudinale, arrondie, de 4 centimètres d'épaisseur, formée par la réunion d'une face abrupte interne et d'un plan incliné externe. Ni à l'état de repos, ni à l'état de contraction, on ne constate de dépression intermusculaire et, au repos, on ne trouve pas de dépression aponévrotique. Pendant la contraction du grand pectoral, la saillie, en même temps qu'elle s'accuse, se porte très nettement avec le muscle en dedans et en avant.

Près des attaches brachiales du même muscle, sur le bord inférieur du grand pectoral, on constate une tuméfaction du volume d'une noix qui présente les caractères de la tuméfaction interne.

Je ferai remarquer ici : 1° le siège peu habituel de cette rupture laquelle intéresse le grand pectoral; 2° la rupture aux deux attaches musculaires; 3° l'absence de dépression intermusculaire, ce qui tient à ce que la rupture siège non dans la continuité du muscle, mais exactement à ses attaches.

Ce malade présente une diminution notable de la force adductrice de son membre supérieur; je lui ai conseillé une intervention qui eût consisté à rapprocher, par des sutures à anses, la surface musculaire des anciennes insertions périostéo-tendineuses. Il n'a pas consenti à l'opération.

La séance et levée à 5 heures 10 minutes.

Le Secrétaire annuel,

Peyrot.

Séance du 28 février 1894.

Présidence M. J.-L. Championnière.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Lettres de MM. Félizet et Bazy, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance;

3° Lettre de M. Schwartz, demandant un congé pour la durée du Concours du bureau central de médecine;

4° *De l'hématocèle pelvienne intra-péritonéale considérée particulièrement dans ses rapports avec la grossesse tubaire*, par M. W. Binaud (*Thèse de Paris*, 1892);

5° (*a*) *Des fibro-myxomes pédiculés des ligaments larges*, par M. Binaud; (*b*) *De la hernie omphalo-propéritonéale*, par MM. Demons et Binaud; (*c*) *Deux cas de trépanation rachidienne pour paraplégie suivie de mal de Pott*, par MM. Binaud et Crozet;

6° M. Verchère adresse, pour concourir au prix Ricord, son ouvrage intitulé : « *La blennorragie chez la femme* », 2 vol. in-12;

7° *Rectotomie par la voie sacrée, opération de Kraske,* par M. Greig (de Rio) (M. Routier, rapporteur);

8° *Die sacrale Methode der uterus-extirpation,* par M. Julius Hochenegg (de Vienne) (Extrait de *Wien. klin. Wochen.*, 1893).

Communication.

Grossesse prise pour kyste à l'ovaire. Résection de l'intestin, opération césarienne et hystérectomie abdominale dans la même séance. Guérison.

Par M. Auguste Reverdin, membre correspondant étranger.

Mme X..., 24 ans, se présente à moi, le 10 août 1891, porteuse d'un ventre énorme qui gêne la respiration et la marche. Je reconnais faci-

lement l'existence d'un volumineux kyste multiloculaire de l'ovaire. La malade, ne pouvant se faire opérer de suite, une première ponction de soulagement, donnant issue à 9 litres de liquide, est faite; puis, dix mois après, une seconde (10 litres).

Ovariotomie pratiquée le 13 octobre 1891. Sans incidents. La contenance totale du kyste était de 30 litres.

La malade se remet rapidement. Six mois après, j'eus occasion de la revoir; elle était méconnaissable, tant elle avait prospéré. Toutes les fonctions marchent à souhait, sauf la *menstruation qui reste très irrégulière.*

En juin 1893, soit dix-neuf mois plus tard, M[me] X... revient me voir; elle est très tourmentée; son ventre grossit; elle pense qu'une nouvelle tumeur se développe, semblable à la première.

A la palpation, on trouve en effet à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic une masse globuleuse légèrement déviée à droite. Les culs-de-sac sont libres; le col petit est ferme; la tumeur est très peu mobile, les mouvements qu'on s'efforce de lui imprimer déplacent à peine le col.

Les règles, depuis l'opération, sont revenues quelquefois; toujours très faibles et à espaces très inégaux.

Ne pouvant poser un diagnostic précis, j'engageai la malade à patienter. Trois semaines après, elle revint plus désolée que jamais; sa tumeur a augmenté, on la sent à fleur de peau, pour ainsi dire; directement au-dessous de l'ombilic; elle présente alors une fluctuation tellement manifeste qu'il n'y a pas d'hésitation à avoir: *nous sommes évidemment en présence d'une tumeur liquide à développement rapide;* sans doute un nouveau kyste de l'ovaire.

Le col utérin n'a pas changé d'aspect depuis le dernier examen.

L'opération est fixée au 13 juillet 1893. Anesthésie à l'éther.

Après avoir enlevé la cicatrice résultant de l'opération précédente, nous pénétrons dans l'abdomen, mais nous sommes immédiatement arrêté par des adhérences solides qui fixent à la paroi des masses épiploïques et une anse intestinale. Nous détachions soigneusement ces adhérences lorsqu'un coup de ciseaux malheureux entama l'intestin; l'ouverture faite par l'instrument s'agrandit encore sous l'influence des tractions que nous devons exercer pour décoller l'anse blessée. Nous parvenons bientôt à l'amener au dehors et nous voyons qu'il serait imprudent de la suturer telle qu'elle est, car sa séreuse est trop compromise pour qu'on puisse compter sur une soudure solide et durable; aussi n'hésitons-nous pas à réséquer tout ce qui est sujet à caution, soit environ 72 centimètres d'intestin grêle.

Suture soignée de l'anse et du mésentère. L'intestin nous paraissant solidement reconstitué, est réduit. Revenant alors à la tumeur, nous l'attirons au dehors.

Elle n'a pas l'aspect d'un kyste ovarique simple. De nombreux vaisseaux sillonnent sa surface et lui donnent une apparence telle que le mot: *kyste parovarique* est prononcé. On palpe de nouveau; la fluctuation est si parfaite, la minceur des parois telle, qu'on pressent

qu'une grande quantité de liquide va s'échapper à la moindre ponction.

Mes confrères présents sont unanimes à me conseiller de vider un peu la poche pour en faciliter la dissection et éclairer le diagnostic.

Le bistouri, plongé dans la tumeur, en fait jaillir un flot de liquide louche qui remplit une cuvette; mais, après lui, on voit apparaître..... *un cordon ombilical.* Que faire vis-à-vis de ce fœtus de 4 mois et demi, mis à sec par la ponction?

L'extraire fut chose facile; le placenta suivit rapidement le même chemin; puis il fut question de la matrice.

Cet organe, dont les parois avaient été à tel point amincies par l'hydramnios, que nous venons de vider, qu'elles avaient la minceur d'une paroi kystique, pourraient-elles reprendre une force et une vitalité compatibles avec une grossesse future? Il y avait de bonnes raisons pour en douter. Il est probable que les adhérences dues à l'opération précédente, les ligatures pratiquées à ce moment, avaient gravement compromis la situation de l'organe et il n'est guère admissible qu'il eût pu retenir jusqu'au terme de la grossesse le fruit qu'il contenait. La rupture utérine, imminente d'un jour à l'autre, aurait mis la malade dans un péril plus grand sans doute que l'intervention à laquelle mon erreur de diagnostic la soumettait.

Ce furent ces diverses raisons qui me décidèrent à ne pas conserver une matrice en si piètre état, matrice qui n'était d'ailleurs plus desservie que par un seul ovaire plus ou moins englobé dans des adhérences.

Passant donc d'avant en arrière une forte soie double à travers le col, que je liai de chaque côté, j'enlevai l'utérus d'un coup de bistouri; le pédicule est fixé dans l'angle inférieur de la plaie et le péritoine soigneusement cousu autour de lui. L'ovaire fut également lié et supprimé. Je réunis la paroi abdominale sur trois étages et la malade fut reportée sur son lit *une heure vingt minutes* après le début de l'opération.

Les suites furent fort simples.

Dès le lendemain, la malade rendait des gaz et le sixième jour une selle normale, jamais de coliques. La température, qui s'éleva au-dessus de 38° le second jour, revint à la normale le troisième et y resta jusqu'à guérison.

Le pédicule, qui était d'ailleurs fort petit, vu que non seulement je l'avais amoindri par évidement, mais que je l'avais lié fort bas, sécréta peu; au bout de quelques jours, il granulait vigoureusement.

La malade quitta la clinique le quatorzième jour après l'opération. Je l'aurais encore gardée quelques jours si des raisons de famille ne l'avaient obligée à rentrer chez elle.

Le seizième jour, elle commença à se lever et le dimanche 30 juillet, soit dix-neuf jours après l'opération, elle préparait le dîner de sa famille.

Elle jouit aujourd'hui (février 1894) d'une santé parfaite. Elle va du ventre régulièrement tous les deux jours en moyenne; aucun écoulement menstruel n'a reparu, pas de pertes blanches appréciables. La

cicatrice est linéaire, sauf à sa partie inférieure où elle est légèrement ombiliquée. Pas trace d'éventration.

Au toucher, je trouve le col très petit, absolument mobile. Les culs-de-sac parfaitement souples.

Les rapports sexuels sont ce qu'ils ont toujours été, non douloureux, indifférents !

Les résultats opératoires furent donc absolument satisfaisants, mais, dira-t-on, comment a-t-il été possible de méconnaître cette grossesse de quatre mois à quatre mois et demi environ?

Il y a plusieurs raisons à cela.

La première, la moins bonne, est que je ne supposais pas après les lésions subies, lors de la première intervention, que cette femme deviendrait facilement enceinte. Mais ce n'était pas là, j'en conviens, un motif sérieux d'écarter la grossesse.

Ce qui, d'autre part, était bien fait pour m'induire en erreur c'était la position qu'occupait la tumeur.

Fixée par des adhérences, elle occupait une situation très élevée dans l'abdomen et les masses épiploïques soudées à la paroi empêchaient la palpation de donner des sensations très nettes dans la partie inférieure de la tumeur, sans cela on eût pu, peut-être, s'apercevoir que la masse très fluctuante qu'on sentait au-dessous de l'ombilic, se continuait avec un corps situé dans la profondeur du bassin, l'utérus ; et l'hypothèse d'une grossesse aurait pu naître.

Mais en admettant même que nous eussions supposé la chose, nous n'aurions guère pu l'admettre. Cette fluctuation si nette, sous-cutanée pour ainsi dire en imposait; l'état du col, son immobilité, malgré les manœuvres de mobilisation, tout contribuait à nous faire pencher vers le diagnostic : kyste.

L'auscultation, *que je n'ai, il est vrai, pas pratiquée*, aurait-elle éclairé la situation? Je ne saurais croire, étant donné l'âge du fœtus et la présence de l'hydramnios, qu'elle eût conduit à un résultat décisif, et pour dire le fond de ma pensée j'avouerai qu'aujourd'hui pour demain, étant donné un cas semblable je retomberais probablement dans la même erreur. Mais... et c'est là que je tire un enseignement du fait qui nous occupe, je songerais en pareille circonstance à ce que j'ai vu, je tâcherais de parfaire le diagnostic et surtout de savoir apprécier s'il serait réellement utile d'interrompre le cours de la grossesse.

Avant de terminer je ferai observer qu'au point de vue opératoire les choses se sont passées correctement, et que cette femme, à laquelle j'avais quelques mois auparavant extirpé un kyste de l'ovaire de 30 litres, a subi dans la même séance une résection d'intestin suivie d'opération césarienne et d'hystérectomie sus-vaginale.

Si je porte cette observation à la connaissance de la Société de chirurgie, c'est que j'estime qu'il est souvent plus utile, et en tous cas plus courageux, de dire ses revers que de proclamer ses succès. C'est également dans le but de mettre en garde quelque collègue contre semblable méprise; c'est aussi dans le but de savoir si pareils faits ont été observés et enfin, dans l'intention de plaider des circonstances atténuantes en ma faveur, que j'ai cru bon de faire devant vous cette confession.

Rapport

Luxation spontanée obturatrice de la hanche gauche au cours d'une coxite aiguë; réduction au bout d'un mois, par M. Hartmann.

Rapport par M. Kirmisson.

Les exemples de luxations survenant dans le cours, ou à la suite des maladies aiguës, les faits dans lesquels on a pu obtenir la réduction de ces luxations, ne sont pas encore assez nombreux pour qu'il n'y ait un réel intérêt à publier ceux qui se présentent à notre observation. A ce titre, nous ne saurions trop remercier notre collègue, M. Hartmann, de nous avoir fait connaître un cas de luxation spontanée de la hanche au cours de rhumatisme, cas dans lequel il a pu très heureusement obtenir la réduction. Voici les faits :

Une jeune fille de 18 ans avait eu une attaque de rhumatisme articulaire aiguë généralisée. Après avoir occupé diverses jointures, le rhumatisme avait fini par se localiser sur la hanche gauche, vers le douzième jour. A ce moment, elle vit en une journée le membre de ce côté se plier et se tourner en dehors, prenant une attitude fixe qui, depuis lors, ne s'est jamais modifiée. C'est le 7 janvier 1893 que la malade fut admise dans le service de M. Terrier où M. Hartmann eut occasion de l'examiner et de l'opérer. Le lendemain, 8 janvier, on note que la malade est bizarrement couchée. La cuisse gauche en abduction extrême repose par toute sa face externe sur le plan du lit.

Lorsqu'on l'examine debout, on voit que, pour mettre le bassin en situation normale, il faut placer la cuisse presque transversalement en dehors, à angle droit par rapport au tronc. L'axe du fémur prolongé, tombe manifestement dans le trou obturateur. La saillie de la fesse a complètement disparu, et le pli fessier est effacé. En avant le creux inguinal est en grande partie comblé. Toute la région est tuméfiée, empâtée, et le palper ne permet pas de délimiter exactement les extrémités osseuses.

Le 10 janvier, après avoir couché la malade à terre sur un matelas

et l'avoir anesthésiée par l'administration successive du bromure d'éthyle et du chloroforme, M. Hartmann procède à un examen plus complet. En dehors, le grand trochanter disparaît profondément dans les parties molles, sans qu'on puisse arriver à le délimiter. En dedans, on trouve, au niveau du bord externe de la branche ischio-pubienne, une tumeur dure, arrondie, roulant sous le doigt lorsqu'on fait exécuter par un aide des mouvements de rotation du membre; c'est évidemment la tête fémorale.

Après avoir mobilisé cette tête par quelques mouvements forcés en diverses directions, l'on constate qu'il est impossible par des tractions directes de la faire rentrer dans sa cavité. Faisant alors fixer solidement le bassin par deux aides, M. Hartmann fléchit la cuisse à angle droit et exécute des tractions verticales, après avoir chargé sur son épaule la région poplitée. Pendant cette extension sur la cuisse en flexion à angle droit, un troisième aide fait, en se servant de la jambe comme d'un levier, exécuter quelques mouvements de rotation. Ces manœuvres s'accompagnent de craquements, mais n'amènent pas la réduction. Enfin, joignant à la traction une légère abduction, on obtient la réduction. Elle se fait lentement, progressivement, sans ressaut, sans claquement brusque. Immédiatement le membre reprend sa forme normale, et on peut lui faire exécuter des mouvements dans différents sens. Il persiste toutefois une tendance au renversement en dehors. Immobilisation avec une attelle externe et extension continue.

Dès le lendemain, les douleurs avaient complètement disparu. Le 3 février, l'appareil est enlevé, le membre a son attitude et sa longueur normales, mais il existe encore un empâtement général de la cuisse. Le creux inguinal est en partie effacé, le grand trochanter semble un peu augmenté de volume. Il n'existe que de petits mouvements de flexion et des mouvements de rotation. L'articulation est complètement indolente.

A partir de ce moment, on fait du massage et l'on pratique la mobilisation. Le 20 février, la malade commence à se lever. Le 19 mars elle quitte l'hôpital, marchant sans canne, mais boitant légèrement. Les mouvements de l'articulation sont notablement plus étendus qu'au moment de la levée do l'appareil. La malade vous a été présentée dans la séance du 29 mars dernier, et vous avez pu constater l'excellence du résultat.

Telle est, messieurs, l'observation qui nous a été communiquée par M. Hartmann, et qui vient s'ajouter à celles qui ont été apportées autrefois à cette tribune par M. Verneuil[1]. La description de notre maître était basée sur sept observations, dont deux se rapportaient au genou et cinq à l'articulation coxo-fémorale. A la suite de la communication de M. Verneuil, M. Delens[2] cita également deux faits de luxation de la hanche survenus dans le cours d'une fièvre typhoïde. Sans vouloir faire ici un historique complet de la ques-

[1] Verneuil, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 31 octobre 1883, p. 781.

[2] Delens, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 7 novembre 1883, p. 801.

tion, nous rappellerons que Gueterbock, puis Sonnenburg[1] ont publié tour à tour, sur cette variété de luxations, des mémoires importants dans les *Archives* de Langenbeck. Nous-même, au commencement de 1892, nous avons eu l'occasion d'observer un cas de cette nature chez un jeune garçon de 10 ans, dont la luxation s'était produite dans la fosse iliaque externe, à la suite d'une fièvre scarlatine; quatre mois après le début, nous pûmes obtenir sous le chloroforme, la réduction de cette luxation. Ce fait a été le point de départ d'un travail sur les luxations subites de la hanche au cours des maladies aiguës publié, par notre élève et ami M. Sainton, dans la *Revue d'orthopédie* [2]. Dernièrement, enfin, nous avons trouvé dans l'*Annual of the universal médical Sciences de Sajons* pour 1893 (t. I), la mention d'un fait appartenant au Dr John Ewens (de Bristol) et relatif à une luxation spontanée de la hanche gauche, au cours d'un rhumatisme scarlatineux.

C'est, en effet, au cours de la fièvre typhoïde, de la scarlatine et du rhumatisme articulaire aigu, que se produisent surtout ces déplacements subits qui, par leur allure clinique, se rapprochent bien plus des luxations traumatiques que des luxations pathologiques survenant lentement, comme conséquence de l'usure des extrémités osseuses dans le cours de la coxalgie. Le point le plus obscur de leur histoire, c'est leur pathogénie; deux théories sont ici en présence : la théorie ancienne de J. L. Petit, attribuant au ramollissement des ligaments et à la présence de liquide dans l'intérieur de l'articulation, le déplacement osseux, et la théorie musculaire formulée par M. Verneuil, dans laquelle sont invoquées tour à tour la parésie et la contracture des groupes musculaires antagonistes. Avant de chercher à trancher la question, il nous paraît utile tout d'abord d'établir dans l'ensemble des faits observés une subdivision.

Dans un certain nombre de cas, en effet, l'état infectieux a abouti à la suppuration; il en résulte une désorganisation de la jointure, plus ou moins comparable à celle qui se produit au cours des maladies chroniques, et rien n'est plus aisé, dès lors, à comprendre que le déplacement des surfaces articulaires. Dans d'autres cas, au contraire (et c'est là surtout ce que l'on observe dans le rhumatisme), toute trace de suppuration fait défaut et l'interprétation des phénomènes est bien plus malaisée.

Pour M. Verneuil, les fessiers étant atrophiés, ce sont les

[1] *Archiv. für klin. Chir.*, 1874, vol. XVI, 1er fasc., p. 56; et vol. XXXI, 4e fasc., p. 841.

[2] R. Sainton, Des luxations subites de la hanche se produisant dans le cours de certaines maladies aiguës (*Revue d'orthopédie*, 1er septembre 1892, n° 5, p. 543.

muscles adducteurs qui entrent en contraction et qui produisent le déplacement dans la fosse iliaque externe. Bonne pour les luxations iliaques, cette théorie ne saurait être appliqué aux cas beaucoup plus rares de luxations obturatrices, comme celle qui nous est communiquée actuellement par M. Hartmann. Ici, en effet, l'atrophie des fessiers existe bien et, dans son observation, M. Hartmann nous dit que le grand et le petit fessier présentent une diminution de la contractilité faradique ; mais il ne saurait être question de faire intervenir la contraction des antagonistes, les adducteurs, puisque le membre est entraîné dans le sens opposé à leur action. Pour nous, l'interprétation la plus plausible, c'est celle qui consiste à faire jouer le rôle principal à l'attitude vicieuse du membre ; quant à la déchirure des ligaments, elle est préparée par leur ramollissement et leur distension par le liquide intra-articulaire.

Quoi qu'il en soit d'ailleurs du mécanisme de ces luxations subites dans le cours des maladies aiguës, l'accord est fait sur le traitement qu'il convient de leur opposer. Analogues aux luxations traumatiques, elles doivent être traitées, comme elles, par la réduction sous le chloroforme, et les faits démontrent que cette réduction bien conduite aboutit le plus souvent à la guérison. Sous ce rapport M. Hartmann a obéi aux principes bien établis de la chirurgie articulaire, et il a guéri sa malade ; nous ne pouvons que l'en féliciter.

Nous vous proposons, messieurs, en conséquence :

1° D'adresser des remerciements à l'auteur pour son intéressante observation ;

2° De déposer son travail dans les *Archives* en l'inscrivant en un rang honorable sur la liste des candidats au titre de membre titulaire de la Société de chirurgie.

Communication.

Rupture complète du périnée. Procédé de restauration,

Par M. A. Routier.

Il y a deux ans environ, à propos d'une fistule recto-vaginale que j'avais eu à traiter, je m'étais, après un échec, rallié à la méthode qui consiste à fendre ce qui reste de périnée pour transformer l'opération de la fistule en celle de la périnéorraphie.

Dans les divers cas où j'ai eu à restaurer des périnées, et je n'envisagerai ici que les cas de rupture complète, j'avais toujours

suivi ou à peu près les préceptes d'Emmet, et pour l'avivement et surtout pour le placement des fils, c'est-à-dire que je ne plaçais pas de fils rectaux, afin surtout d'éviter l'infection de la plaie, car j'estime qu'il est impossible d'obtenir l'asepsie du rectum ou des fèces, quel que soit le régime diététique qu'on impose aux malades, quels que soient les désinfectants employés par l'ingestion buccale.

Dans ces derniers temps, j'ai eu à traiter une rupture complète du périnée datant de trois ans, consécutive à un accouchement laborieux. La déchirure était tellement haute sur la cloison recto-vaginale, qu'il eût été certainement impossible d'obtenir un bon affrontement des surfaces avivées avec les fils d'Emmet.

Le bord de la cloison recto-vaginale, mince comme il est habituel de le voir dans ces cas de déchirure, était bien à 5 centimètres au-dessus du demi-croissant formé par l'anus ouvert ; plusieurs brides cicatricielles rendaient ce bord assez irrégulier et comme épaisseur et comme aspect ; la muqueuse de la paroi postérieure du rectum venait faire une grosse hernie à la vulve, ni matières ni gaz n'étaient conservés, tout au plus quand la malade avait soin de se bien constiper pouvait-elle, quand les matières étaient très dures, résister juste le temps d'aller aux cabinets dès que le besoin de la défécation se faisait sentir.

Malgré tous ces inconvénients, cette jeune femme (car elle a 22 ans) a eu une seconde grossesse, a nourri ses deux enfants, et ce n'est qu'après avoir sevré son second qu'elle s'est confié à mes soins.

Après avoir pris les précautions d'usage, voici comment j'ai procédé :

J'ai tracé avec la pointe du bistouri une incision partant de l'anus à ma gauche, suivant le bord de la cloison recto-vaginale et revenant à l'anus vers ma droite, en prenant la précaution de tracer cette incision sur la muqueuse vaginale à 1 ou 2 millimètres de sa jonction à la muqueuse rectale, puis à petits coups, j'ai éloigné par en haut la muqueuse vaginale, libérant ainsi le rectum sur sa face antérieure jusqu'à ce que j'en aie eu découvert 3 centimètres environ.

J'en ai fait autant sur les parties latérales, où mon incision pénétrait dans les parties molles en dehors des tuniques du rectum, de telle sorte que je suis arrivé à obtenir deux lambeaux formés par les parois propres du rectum, depuis l'angle supérieur correspondant à la déchirure jusque sur les parties latérales du sphincter dont j'avais certainement les deux extrémités (autrefois rupturées) dans l'angle inférieur de ces deux lambeaux.

Pour obtenir ces deux lambeaux ano-rectaux très mobiles, très affrontables, j'ai dû mener mes incisions latérales très profondément.

Alors, avec de la soie très fine, j'ai reconstitué le canal ano-rectal par des points séparés passés à la Lembert, de telle sorte que j'ai formé dans le rectum, sans qu'aucun de mes fils y entrât, une crête d'affrontement dont le sommet était le liseré de muqueuse vaginale laissé par mon incision adhérente à la muqueuse rectale. Ce premier plan une fois placé, j'ai fait un surjet par dessus, remontant au dessus de l'angle de déchirure, et descendant jusqu'à l'anus.

J'ai fait un troisième plan de sutures à la soie par points séparés; grâce à mon large débridement latéral, l'étoffe ne manquait pas.

J'ai ainsi transformé cette déchirure complète du périnée en une déchirure incomplète, que j'ai alors traitée comme Emmet pour la suture, mais je n'ai fait d'exérèse que sur les parties à affronter des grandes lèvres.

Je n'ai pas réséqué de muqueuse vaginale, le lambeau obtenu par la libération du rectum a été saisi par les fils périnéaux et a servi à combler la perte de substance.

J'ai passé quatre fils d'argent; l'un ayant cassé, je l'ai remplacé par un de soie; deux ou trois points superficiels ont ensuite complété la réunion de la muqueuse vaginale vers la fourchette, et la peau du périnée.

La malade a été pansée à l'iodoforme, un gros drain a été laissé dans le rectum, une sonde de Malécot dans la vessie.

J'ai donné une purgation le 5e jour, déjà la malade rendait des gaz par l'anus, la purgation a même occasionné une vraie débâcle, six selles ont eu lieu, tout passait par le bon endroit.

Le 6e jour, à 1 centimètre en avant de l'anus, il vint une goutte de sérosité; j'enlevai le fil qui correspondait à cette sécrétion, et dans les 2 ou 3 jours suivants, il se fit un petit sphacèle à ce niveau, mais l'anus restait bien fermé.

Le 8e jour j'enlevai les autres fils qui commençaient à couper et qui faisaient mal à la malade.

Le 12e jour, nouvelle purgation : cinq selles abondantes avec des matières dures et grosses mais sans effraction à la suture et sans que rien gaz ou matières, passe par une mauvaise voie.

La malade était guérie.

Quand on la touche, avec un doigt dans le rectum, l'autre dans le vagin, on sent qu'il existe un fort triangle qui les sépare, et il est difficile de se rendre compte du point qui correspond au sommet de l'ancienne déchirure; il n'y a pas là d'amincissement, le périnée est solide, épais, et chose surtout satisfaisante, c'est que d'emblée le sphincter est efficace, la malade garde les lavements et les gaz.

Je me résume en conseillant, pour les déchirures complètes du périnée remontant haut sur la cloison :

1° La libération de la muqueuse vaginale à 2 millimètres de son insertion à la muqueuse rectale ;

2° La séparation des tuniques du rectum d'avec les parties molles voisines ;

3° La reconstitution du canal ano-rectal avec des points de Lembert, et cela par un nombre de plans suffisants pour assurer un bon affrontement;

4° Enfin l'opération de la périnéorrhaphie, comme on le fait dans les ruptures incomplètes, en ayant soin de n'enlever que de la peau et en respectant la muqueuse.

Discussion.

M. S. Pozzi. La réparation du rectum ou de la cloison recto-vaginale comme premier temps de la périnéorrhaphie, et la nécessité de ne pas passer les sutures dans le rectum pour éviter leur infection, ne sont pas chose nouvelle. Fritsch et Walzberg, entre autres, ont précédé M. Routier dans cette voie et j'ai indiqué leur technique dans mon traité de gynécologie.

J'ajoute que, pour moi, ce temps spécial de l'opération est inutile. Il suffit, pour réunir les plus grandes déchirures du périnée, de faire le dédoublement selon le procédé de Lawson Tait que j'ai modifié en y ajoutant une mobilisation très étendue de la paroi antérieure du rectum que l'on fait glisser sur la déchirure vaginale de haut en bas.

Suite de la discussion sur les plaies pénétrantes du crâne par balle de revolver.

M. Le Dentu. La question soulevée n'est pas tant de savoir si la trépanation appliquée aux plaies pénétrantes de l'encéphale par armes à feu peut être pratiquée sans grands risques pour les blessés. Elle a trait bien plus encore à l'opportunité de l'intervention et à son degré d'utilité.

L'efficacité de la trépanation en pareille circonstance implique la réalisation de trois conditions : l'extraction du projectile, la désinfection du trajet intra-encéphalique, la désinfection du foyer traumatique extra-encéphalique.

Je dirai d'abord que tout ce qui suit ne concernera guère que les plaies pénétrantes par revolvers du commerce et ne pourra viser qu'à titre absolument exceptionnel les blessures par revolvers d'ordonnance, les dégâts, en pareil cas, se rapprochant beaucoup de ceux que causent les projectiles lancés par les fusils de guerre. La vitesse de pénétration de ces derniers, les désordres effroyables qu'ils occasionnent sont des circonstances trop propres à rendre stérile toute tentative d'intervention. Néanmoins, comme un coup de feu, tiré d'une grande distance, pourra ne produire que les

lésions auxquelles donnerait lieu une arme moins meurtrière, il y a des cas de cette catégorie auxquels s'adapteront tout naturellement les conclusions relatives aux premiers.

Pour ce qui est des blessures par éclats d'obus, la conduite à tenir dépendra du degré des lésions. Il est évident que si tout se borne à une fracture de la voûte du crâne avec enfoncement, la trépanation sera indiquée et le pronostic se déduira du degré de la contusion cérébrale concomitante. Voici le résumé d'un fait déjà ancien, puisqu'il remonte à la guerre franco-allemande :

Obs. I. — X..., mobile de la Sarthe, âgé de 21 ans. A reçu un éclat d'obus à la partie supérieure du front, vers la jonction de la suture sagittale et des sutures fronto-pariétales. Enfoncement du crâne plus marqué à gauche. Collapsus, résolution des membres, perte de connaissance. Je fais la trépanation en décembre 1870, à l'ambulance du château de Blois. A peine la table interne détachée de l'externe est-elle relevée qu'un flot de sang s'échappe des bouts béants du sinus longitudinal supérieur, maintenus fermés jusque-là par les esquilles. Un tamponnement modéré arrête cette hémorragie. Un mieux sensible se déclare dans l'état du blessé. La résolution des membres cesse, la conscience revient. Malheureusement les parties contusionnées du cerveau sont gagnées par une inflammation suppurative qui emporte bientôt le blessé. Peut-être l'antisepsie l'eût-elle sauvé; mais si elle était imaginée, elle n'était encore que rudimentaire, et les solutions concentrées d'acide phénique dont je fis l'essai à cette époque ne modifiaient en rien les suites fatales des blessures graves.

De tout temps on a signalé les difficultés qu'offre la recherche des projectiles dans l'intérieur du crâne. A moins que, par un heureux hasard, ils ne soient restés en dehors de l'encéphale, en contact avec la face interne du crâne, la plupart du temps on ne peut se douter du point qu'ils occupent et les présomptions les plus fondées, en apparence, exposent à l'erreur. Rien n'est plus difficile que de déterminer la direction de la pénétration d'une balle, puisque celle-ci a pu se dévier sur les esquilles, sur les replis fibreux intra-craniens et rebondir sur la face interne du crâne du côté opposé au point de pénétration. Même indépendamment de ces déviations possibles, on ne possède pour déterminer cette direction que des notions très incomplètes relativement à l'attitude du bras qui a tenu l'arme et de la position exacte de celle-ci au moment du coup de feu. Tel projectile qu'on supposait dans le lobe temporo-pariétal se trouve, à l'autopsie, dans le lobe rontal (obs. IV). Quant à la réflexion des balles sur la face interne du crâne, connue cliniquement depuis longtemps, elle a été étudiée récemment par MM. Pierre Delbet et Dagron, à propos d'un blesse

que j'ai eu dans mon service à l'hôpital Necker (obs. III). Leurs expériences ont atteint le nombre de 45, qui se décomposent ainsi :

5 fois la balle s'est arrêtée dans l'encéphale ; 14 fois elle a traversé l'encéphale et s'est arrêtée sur la paroi cranienne opposée sans ricocher.

25 fois elle a ricoché et décrit un trajet récurrent et habituellement angulaire, dont la longueur a varié de 1 à 8 centimètres.

Sur un malade mort dans mon service à l'hôpital Necker, la réflexion s'était faite exactement dans la même direction que la pénétration et la balle était rentrée de 3 ou 4 centimètres dans le trajet intra-encéphalique.

Comment se douter du point précis où le projectile s'est fixé, quand les observations anatomiques démontrent à quel caprice est soumise sa migration intra-cérébrale ? Si, du moins, les notions que nous possédons relativement aux localisations cérébrales nous offraient un guide sûr, mais il n'en est rien. Les trois cas suivants en témoignent :

Obs. II. — Un homme est apporté dans mon service à l'hôpital Saint-Louis, en 1882, après avoir été atteint par une balle en plein front. L'orifice d'entrée se voit un peu au-dessus de l'extrémité interne du sourcil gauche. Pas de grands désordres apparents. Le bras et la moitié inférieure de la face, du côté droit, sont paralysés presque entièrement. Perte de connaissance, demi-coma, aphasie.

Des vomissements fréquents ont lieu pendant plusieurs jours. Comment concilier ce symptôme, qui indique probablement que la balle s'est arrêtée dans la partie postérieure du lobe occipital ou dans le cervelet, avec les phénomènes paralytiques ci-dessus indiqués ? Je suppose que la balle n'a fait que frôler à leur face profonde la partie inférieure des circonvolutions motrices ou qu'elle a coupé en passant les faisceaux qui en émergent. Trépaner au niveau de la zone motrice gauche, ce serait donc s'exposer à ne pas trouver le projectile. Je m'abstiens donc d'un traitement chirurgical. La guérison a lieu, guérison des accidents paralytiques et des phénomènes cérébraux ; mais, après cinq semaines environ, le malade tombe brusquement dans le coma. Me demandant s'il ne s'est pas formé une collection purulente dans le lobe frontal, je fais une ponction exploratrice jusqu'à 7 à 8 centimètres de profondeur à travers l'ancienne cicatrice. Pas une goutte de pus ne s'échappe au dehors. Cette fois encore la trépanation doit être écartée. La mort survient trois jours après.

A l'autopsie, je trouve un trajet d'encéphalite suppurée étendu depuis l'orifice frontal jusqu'au lobe occipital. A la partie postérieure et inférieure de ce dernier, la balle est enkystée dans une cavité de dimensions égales aux siennes, tapissée par du tissu conjonctif et ne contenant pas une goutte de pus. Ce kyste adventice est séparé de la partie la plus reculée du trajet suppuré par une couche de 5 millimètres de tissu cérébral sain.

Il s'était donc fait une infection du trajet qui avait respecté le point où se trouvait le projectile, infection qui, bien que lente dans sa marche, devait remonter au jour même de l'accident, car la plaie avait été, dès le début, pansée antiseptiquement.

Quoiqu'il fût présumable que la balle devait avoir blessé la partie postérieure du lobe occipital ou le cervelet, cette présomption ne pouvait pas guider avec assez de précision pour une trépanation; voilà pourquoi je me suis abstenu.

Obs. III. — Un jeune homme qui s'était tiré un coup de revolver dans la région temporale droite m'est amené à l'hôpital Necker en janvier 1891. Coma alternant avec de l'excitation, paralysie incomplète des muscles de la face, aphasie (voir pour les détails de l'observation *Bull. de la Soc. anat.*, 1891, p. 112). Il ne me paraît pas douteux que le projectile ne soit arrêté dans la partie basse de la zone motrice gauche et qu'il n'ait traversé les deux lobes frontaux. La trépanation conduirait sans doute sur ce projectile et en permettrait l'extraction ; mais l'opération est contre-indiquée jusqu'à nouvel ordre par le grand abattement du malade (voir aussi *Bull. de l'Ac. de médecine*, 1891, p. 159).

Celui-ci succomba au bout de quatre jours. A l'autopsie, on constata que la balle, après avoir traversé le cerveau de part en part dans la direction présumée, avait ricoché sur la face interne du crâne, parcouru un nouveau trajet dans le cerveau en se dirigeant en arrière et s'était arrêtée au-dessous de la scissure de Sylvius, sous l'écorce de la portion antéro-supérieure du lobule du pli courbe.

La mort avait été causée par la contusion étendue du cerveau. La trépanation n'eût pas sauvé le malade et n'aurait même pas conduit l'opérateur sur le corps étranger, si celui-ci s'était guidé sur la doctrine des localisations.

Obs. IV. — Tout récemment un homme entre dans mon service à l'hôpital Necker après s'être tiré des coups de revolver dans la bouche; une hémorragie abondante nécessite le tamponnement des fosses nasales. Le lendemain, je trouve le blessé très abattu. On a de la peine à lui arracher une parole ou seulement un signe de tête indiquant qu'il a compris les questions qu'on lui a posées. Aucune paralysie ni de la sensibilité ni de la motilité. Ecchymose sous-conjonctivale.

Étant donné le point de pénétration du projectile à travers la voûte palatine, il y a lieu de penser que c'est vers la partie inférieure du lobe temporo-pariétal qu'il a dû se diriger. Cette supposition est confirmée ou pourrait l'être par l'apparition, au quatrième jour, d'un peu de parésie du bras et des muscles de la moitié inférieure de la face du côté droit ; mais l'apparition relativement tardive de ces symptômes m'amène à les attribuer à de la méningo-encéphalite, et je rejette toute intervention.

A l'autopsie on trouve, en effet, de la méningo-encéphalite suppurée

en nappe diffuse, et, dans la partie interne du lobe frontal gauche, deux balles assez volumineuses placées presque à côté l'une de l'autre.

Ces trois faits montrent non seulement que la marche des projectiles est très capricieuse dans l'encéphale, mais aussi que les notions acquises relativement aux localisations cérébrales peuvent facilement induire en erreur.

Reste à envisager la désinfection du foyer traumatique superficiel, l'extraction ou le relèvement des esquilles, comme indications à la trépanation. Je reconnais qu'en pareille circonstance l'intervention, loin d'être fâcheuse ou inutile, peut être utile, surtout lorsque le projectile n'a pas pénétré au delà de la dure-mère ou de la couche corticale du cerveau ; je ne manquerai pas d'y recourir lorsque je la croirai nécessaire, mais il ne faut pas oublier qu'elle n'est pas d'une opportunité constante. D'abord les grands épanchements sanguins, fréquents à la suite des fractures étendues de la voûte, sont relativement plus rares après les coups de feu qui font souvent des blessures beaucoup plus limitées.

S'il est vrai que, souvent, des esquilles sont entraînées par le projectile jusque dans la substance cérébrale ou que la table interne peut être refoulée en dedans, la plaie de pénétration est parfois fort simple et l'on voit guérir des sujets chez qui la pénétration ne paraît pas douteuse. Voici un exemple datant déjà de quelques semaines :

Obs. V. — Jeune homme de 20 ans, admis à l'hôpital Necker. Il s'est tiré un coup de revolver dans la région temporale droite. Au moment de ma première visite, sa surexcitation est grande. La paupière supérieure est tombante. Il y a paralysie de la sensibilité dans la zone de distribution de l'ophtalmique de Willis et paralysie de la motricité portant sur tous les muscles de l'œil, spécialement sur le droit externe qui est le plus touché, tandis que chez les autres la motricité n'est pas tout à fait abolie. Après cinq à six jours, une très légère paralysie du facial droit se déclare. Que conclure de ces diverses paralysies, sinon que le projectile, après avoir traversé la partie inférieure du lobe temporo-sphénoïdal, est allé se loger au voisinage immédiat de la paroi du sinus caverneux et a contusionné ou légèrement déchiré les nerfs qui lui sont accolés ou qui en parcourent l'épaisseur ? Quant à la parésie faciale, phénomène secondaire, elle ne peut guère être attribuée qu'à un commencement de méningite très limitée. D'ailleurs, elle disparaît en quelques jours (il n'y a eu à aucun moment de surdité de ce côté).

Les jours suivants, un violent délire traumatique se déclare et dure plus de trois semaines. Le blessé, sorti momentanément de Necker, y revient guéri de son délire. Le ptosis a cessé ; il ne persiste que de l'anesthésie sus-palpébrale et frontale droite et de la paralysie du moteur oculaire externe. Celle-ci s'affaiblit progressivement et, à la dernière visite que le blessé nous a faite, je n'en constate presque plus.

N'est-ce pas un exemple de tolérance du cerveau à l'égard d'un projectile ? Quoiqu'il soit de petit calibre et que l'accident date maintenant de plus de quatre mois, peut-être ne faut-il pas considérer ce malade comme à l'abri de tout danger ; mais il y a des chances pour que son accident n'ait pas, même dans un avenir éloigné, de suites fâcheuses.

De ce qui précède, je tire les conclusions suivantes :

1° Si le projectile s'est arrêté entre la boîte cranienne et le cerveau au point de pénétration ; si, après avoir atteint la zone motrice du côté opposé, il n'a pas ricoché, sa recherche peut être suivie de succès ; mais même dans ces deux circonstances, les plus favorables de toutes celles qui peuvent se présenter, la réussite est subordonnée au hasard ;

2° La désinfection du trajet du projectile dans la substance cérébrale est un leurre, lorsque ce trajet s'étend au delà des quelques millimètres d'épaisseur de la couche corticale ;

3° La trépanation est parfaitement indiquée lorsqu'on soupçonne un foyer hémorragique intra-cranien, un enfoncement de la table interne et la présence d'esquilles en contact avec la face externe de l'encéphale ; mais il s'en faut que ces circonstances soient constantes.

Donc, d'une façon générale, je dirai qu'il m'arrivera certainement de trépaner dans le cas de plaie pénétrante du crâne, mais sans conviction, sans enthousiasme relativement à la possibilité de désinfecter le trajet intra-cérébral du projectile et d'extraire ce dernier.

M. Terrier. Messieurs, la question que nous avons à résoudre ou plutôt à étudier est des plus difficiles : Quelle conduite doit tenir le chirurgien quand une balle a pénétré dans le crâne et le cerveau ?

Faut-il philosophiquement se croiser les bras et attendre l'évolution des accidents, comme beaucoup de chirurgiens très experts l'ont conseillé !

Faut-il suivre les conseils d'abstention d'Otis qui s'appuyait sur les faits de la guerre de Sécession ?

Et d'ailleurs on doit déjà faire une division entre les projectiles de gros calibre et ceux de petit calibre.

Les premiers font éclater le crâne (Bückerts) et détruisent le cerveau. C'est pour eux qu'entre en jeu cette fameuse pression hydrostatique de Bush et Köcher, etc.

Il est vrai que dans la guerre serbo-bulgare (Glück *Kriegschirurgische Mittheilungen aus Bulgarien Berlin. klin. Wochens-*

schrift, 1886), on aurait trépané deux fois, malgré qu'il s'agît de projectiles de gros calibre, et on n'aurait pas eu à s'en repentir.

Reste donc la question, actuellement discutée ici, celle de l'intervention ou de la non intervention dans les plaies pénétrantes du crâne par les balles de revolver *du commerce*, suivant l'expression de notre collègue M. Delorme ; ce qui revient à dire, les balles de revolver non militaires — des *revolvers civils*, — qui ne sont pas d'ordonnance, ceux-ci ayant des projectiles volumineux. Telle est, du moins, la façon dont je m'explique l'expression de *revolver du commerce*.

Pour un assez grand nombre de chirurgiens, comme d'une part ces balles de petit calibre ne se retrouvent pas, s'égarent en quelque sorte dans l'encéphale, comme d'autre part les plaies qu'elles déterminent guérissent, et cela malgré la présence du corps étranger, il faut s'abstenir.

Telle est l'opinion de Langenbeck, Bardeleben, Léon Gallez, etc. Telle est la conduite vantée par M. A. Desprès dans notre dernière séance.

Un peu plus, ce serait un acte thérapeutique et, comme le disait familièrement le professeur U. Trélat, la balle mettrait du plomb dans la tête du sujet plus ou moins déséquilibré qui se suicide.

Du reste, Andrews n'a-t-il pas relaté 72 cas de projectiles logés dans le cerveau sans accident.

Dans son excellent et très complet traité sur la *Trépanation* (1893), M. Léon Gallez dit qu'il ne faut pas tenter l'extraction de ces projectiles, car il reste toujours des esquilles et des cheveux qu'on ne peut atteindre. Cette opinion, soit dit en passant, contredit quelque peu les opinions formulées par mon excellent ami et collègue M. P. Berger, sur l'asepsie des plaies par balles de revolver.

Et cependant, après avoir prêché l'abstention, M. Léon Gallez (p. 249) ajoute : « Si les accidents sont pressants et qu'on ait la quasi-certitude de retrouver la balle, il est légitime d'agir et on peut sauver la vie au blessé. » Ce qui me paraît précisément le but à atteindre, surtout quand les accidents pressent, et ils pressent souvent.

Les expériences intéressantes de notre collègue, M. Delorme, plaident aussi en faveur de la non intervention, car il dit : « L'exploration est *dangereuse, incertaine, inutile* — voici trois qualificatifs véritablement effrayants pour les chirurgiens. — Quand le trajet est profond, de nombreuses esquilles sont demeurées dans le cerveau, de plus il y a toujours des cheveux qui s'égarent et qu'on ne peut enlever. »

Du reste, il pourrait dire que l'exploration est *impossible* puisque

dans toutes ses expériences sur le cadavre, il a *fait des fausses routes*.

Et cependant, il tend à revenir sur ces conclusions désolantes. Il conseille presque une exploration jusqu'à quatre centimètres (pourquoi ce chiffre ?). Il en arrive même aux explorations retardées, pour moi les plus dangereuses ; qui plus est, il en arrive à la position de la tête pour diriger le projectile vers sa porte d'entrée. Mais je le crois assez réfractaire à ce procédé d'élimination ou de déplacement.

A l'instant, notre collègue M. le professeur Le Dentu nous a exprimé son peu d'enthousiasme pour une intervention dans ces cas. A juste titre il vous a signalé ou plutôt rappelé le trajet complexe que peuvent suivre les projectiles dans le crâne et l'encéphale, la multiplicité des esquilles ; d'où la difficulté à intervenir avec quelque efficacité et la tendance des chirurgiens à abandonner la partie. Même en présence de signes de localisation, on peut être trompé, comme il l'a fait remarquer, ce qui d'ailleurs s'explique, car la balle peut avoir détruit les fibres nerveuses reliant les centres corticaux-moteurs avec les ganglions cérébraux sous-jacents.

Est-ce donc parce que le problème est si difficile à résoudre, qu'il faille l'abandonner et ne pas s'efforcer d'en dégager peu à peu les inconnues ?

Je ne le crois pas, et les faits rapportés ici par mon ami et collègue M. Quénu, tendent à le prouver, sans compter d'autres observations, en particulier celle que M. le Dr Poirier a communiquées à l'Académie de médecine, le 5 juillet 1892.

Tout d'abord, Messieurs, je suis loin d'avoir une répugnance absolue pour l'exploration des plaies du cerveau. D'autant que celles-ci doivent être aseptisées autant que possible, ce qui peut et souvent *doit* nécessiter une intervention, comme dans les fractures ouvertes en général.

Permettez-moi de vous donner le résumé d'une observation de plaie du crâne et du cerveau par balle de revolver *civil*, et de vous montrer, pièces anatomiques en main, combien la question est parfois, pour ne pas dire souvent, complexe, et combien le diagnostic est difficile à formuler, surtout au point de vue du trajet suivi par le corps vulnérant et sur sa situation définitive.

Une jeune femme de 24 ans est apportée dans mon service de Bichat le 12 décembre dernier (1893), vers 4 heures 1/2 de l'après-midi. Il y a une heure, dit-on, que cette femme s'est tiré un coup de revolver dans la tête.

La blessée est sans connaissance, les membres contracturés, pas de convulsions. Respiration stertoreuse, écume aux lèvres, pouls fort et régulier. Ecoulement vaginal sanglant (Règles ?). Dans la région tem-

porale droite, on voit une petite plaie ronde, cachée par les cheveux ; il ne s'en écoule pas de sang. La région est rasée, la plaie lavée et désinfectée au bichlorure d'hydrargyre, puis pansée avec de la gaze iodoformée. Pendant le pansement, la malade se plaint.

9 heures du soir. — Toujours coma, membres souples, pas d'hémiplégie. Nystagmus horizontal, pupilles normales, sueurs profuses. Température normale, 37°.

13 décembre. — Même état, coma et stertor; c'est alors que je vois la malade.

Etant donné l'état presque désespéré de la blessée, je cherchai à déterminer le trajet probable du projectile, espérant soit le rencontrer, soit obtenir par cet examen direct une notion au moins relative de sa situation dans l'encéphale.

J'utilisai d'abord un stylet stérilisé dans la flamme d'une lampe à alcool. Le stylet pénétra très facilement en bas et un peu en arrière, sans que j'aie senti la moindre résistance ; c'était un stylet boutonné ordinaire de trousse, je l'enfonçai de 5 à 6 centimètres. Me défiant de la rigidité du stylet et de son petit volume, j'eus recours à une bougie urétrale en gomme élastique, du n° 10, stérilisée. Celle-ci pénétra très facilement jusque vers la paroi opposée du crâne, et plutôt vers la base de l'encéphale. J'imitai, en me servant d'un explorateur flexible, la conduite tenue par Larrey et Baudens, qui purent de cette façon reconnaître le lieu d'arrêt du corps étranger intra-crânien.

Dès lors, je pensai à tort que le projectile était vers la base du crâne et qu'une intervention n'avancerait à rien. La malade succomba le soir à 7 heures.

L'*autopsie* faite par mon interne, M. Winchester-Dubouchet, permit de constater les lésions que je mets sous vos yeux :

Le point d'entrée de la balle se trouve à deux travers de doigt en avant et au-dessus du conduit auditif externe. En ce point, vaste ecchymose envahissant toute la région temporo-pariétale droite et même la partie supérieure de la même région du côté opposé. Les téguments et les parties molles, incisés d'une oreille à l'autre et reclinés en avant et en arrière, on peut constater qu'il n'y a qu'une seule plaie au crâne, au niveau du point d'entrée de la balle. Cet orifice, de dimension d'une pièce de 50 centimes, est circulaire à bords nets taillés en biseau aux dépens de la table interne, qui est intéressée dans une étendue de 2 à 4 millimètres de plus que la table externe.

Pas de fissure partant de cette plaie osseuse.

Un trait de scie, suivant un plan à peu près horizontal et intéressant la circonférence du crâne, est d'abord fait ; puis, par cette section on introduit un couteau à cerveau et on sectionne le cerveau, suivant une coupe se rapprochant de celle de Flechsig et qui permet de constater le point d'entrée et le point d'arrêt du projectile.

La perforation de la dure-mère répond presque exactement à celle de l'os, cette membrane n'est pas molle. En dedans d'elle existe un foyer constitué par de la substance cérébrale en bouillie, du sang et des

esquilles ; tout ceci à droite et sur la surface de section inférieure du cerveau.

Du côté diamétralement opposé, à 2 travers de doigt plus en arrière, on trouve — avec une certaine difficulté — la balle logée à 1 centimètre environ au-dessous du plan de la coupe centrale, à près de 1/2 centimètre de la surface externe du cerveau. Il n'y a pas d'épanchement intraventriculaire.

Par une nouvelle section *ostéo-encéphalique*, on réunit le point d'entrée et le point de terminaison du trajet de la balle, dans la moitié supérieure de l'encéphale et la totalité du trajet suivi par le projectile est parfaitement visible. Ce trajet est, d'abord oblique en haut et en arrière, il y a une perforation de la partie inférieure de la faux du cerveau, et en ce point cette membrane fibreuse présente une *fente* horizontale et non un trou, comme cela a lieu au point d'entrée du projectile. Puis la balle continue toujours son trajet dans la même direction initiale, jusqu'à ce qu'elle parvienne à la face interne du crâne, point marqué par une tache noire sur la dure-mère pariétale, ce point est à 11 centimètres du point d'entrée. Le trajet se réfléchit alors, suivant un angle obtus et se termine à 5 centimètres plus bas, au point signalé, où la balle est encore en place.

La pièce a été conservée dans une solution saturée à chaud d'acide borique dans la glycérine.

Il résulte de cette autopsie que très certainement notre stylet et notre bougie à bout olivaire n'ont pas suivi le trajet du projectile et ont été déviés. Nous avons essayé de retrouver la ou les fausses routes faites par ces instruments et c'est avec bien de la peine que nous avons pu à peu près les déterminer, au moins dans un très petit trajet.

Quoi qu'il en soit, leur existence est indubitable.

Un premier point de pratique en ressort, c'est :

1° Qu'il ne faut pas utiliser pour ces recherches, soit des stylets, soit des sondes cannelées, soit des sondes Beniqué, tous instruments rigides ;

2° Que si, à l'instar des chirurgiens comme Larrey, L. Baudens, on emploie des sondes en gomme élastique, il faut que celles-ci soient assez volumineuses pour ne pas pénétrer facilement dans la substance cérébrale et, à cet égard, j'emploierai dorénavant soit des bougies à boule assez molles et à boule du numéro 18 ou 20, soit, peut-être mieux, des sondes en caoutchouc rouge du numéro 20 et au-dessus.

Il n'est pas besoin d'insister sur la nécessité absolue de leur *stérilisation.*

Un autre point en passant, c'est, avant l'exploration, de se donner du jour et d'ouvrir largement la porte d'entrée du projectile. On pourra mieux désinfecter la plaie, on verra mieux ce que l'on fait,

et on pourra, par le toucher et la vue, guider sa sonde molle exploratrice dans l'ouverture du trajet probable du projectile.

Est-ce à dire qu'on y arrivera toujours ? Et, supposant qu'on y arrive, pourra-t-on s'assurer de la présence du projectile en un point du cerveau ?

Je ne le crois pas ; mais ce n'est pas une raison pour tout abandonner et laisser mourir les blessés !

Dans quelques cas, ces explorations ont été suivies de succès. D'autre part, les phénomènes corticaux peuvent venir en aide à la localisation probable du projectile ; enfin, et les statistiques rappelées par mon excellent collègue M. Ch. Monod montrent que ces interventions ont pu donner d'excellents résultats, non seulement pour la cure des accidents primitifs, mais pour éviter les accidents tardifs qui sont loin d'être rares et présentent encore une mortalité respectable.

En résumé, Messieurs, malgré les conditions très défavorables de l'intervention, je la crois indiquée dans la plupart des cas de plaie de l'encéphale par petites balles de revolver.

Présentation de malades.

M. Berger présente un enfant de 7 ans qui porte une *luxation congénitale bilatérale de l'extrémité supérieure du radius*, en avant à droite, en arrière à gauche. Les mouvements des articulations en question sont normaux et présentent l'étendue ordinaire, sauf la pronation qui est très gênée, à droite comme à gauche. M. Berger demande l'avis de ses collègues sur l'opportunité d'une intervention pratiquée en vue d'obtenir la réduction de ces déplacements.

Discussion.

M. Michaux a observé un cas analogue sur un enfant plus jeune qui présentait en outre des malformations multiples du côté du poignet et des doigts.

Il n'a pas cru devoir intervenir et, comptant sur l'amélioration progressive et spontanée des mouvements, il estime que l'abstention est la meilleure conduite à suivre en pareilles circonstances.

M. J.-L. Championnière a vu la même luxation chez un malade plus âgé. Le fonctionnement du membre était très satisfaisant et, dans ces conditions, il s'est fait un scrupule de ne point intervenir chirurgicalement.

M. Tillaux est convaincu qu'avec le temps, l'enfant présenté par M. Berger retrouvera peu à peu la plus grande partie des mouvements qui sont actuellement compromis.

Il est, en outre, persuadé que l'amélioration fonctionnelle des mouvements ainsi réalisée, sous la double influence du développement et de l'exercice, sera très supérieure au résultat que pourrait donner l'intervention chirurgicale.

M. Routier cite l'observation d'une jeune femme qui vient absolument confirmer l'opinion de M. Tillaux.

M. Reynier a vu lui aussi un fait qui parle dans le même sens et il se déclare partisan de l'abstention.

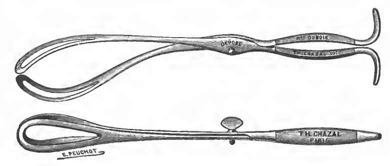
M. P. Berger. Je suis très disposé à tenir le plus grand compte de l'opinion émise par mes collègues, toutefois je tiens à réserver ma détermination définitive. C'est qu'en effet, chez mon jeune malade, le degré de limitation des mouvements de pronation et de supination, aussi bien que l'étendue des mouvements anormaux de latéralité me font un peu douter des bons résultats que pourront donner le temps et l'exercice, et je ne suis pas encore persuadé que le projet d'une réduction opératoire doive être abondonné.

M. Rochard présente une malade chez laquelle il a *suturé deux plaies du cæcum* et tamponné une plaie superficielle du foie.

(Commission : MM. Monod, Routier et Chaput, rapporteur.)

Présentation d'instruments.

M. Paul Segond présente, au nom de M. le Dr Pénoyée, un nouveau *forceps* imaginé pour faciliter les applications au détroit



supérieur. L'instrument est, vous le voyez, très étroit, les branches en sont fines et droites et leurs courbures n'existent que sur les faces des cuillers.

L'application de ce forceps est, d'après son inventeur, fort simple. Il tient peu de place. Grâce à sa courbure sacrée, il ne refoule pas la tête vers le pubis et il doit à l'inclinaison des manches en arrière de pouvoir rapprocher les tractions de l'axe du détroit supérieur tout en ménageant le périnée.

La séance est levée à 5 heures 20 minutes.

Le *Secrétaire annuel*,
PEYROT.

Séance du 7 mars 1894.

Présidence de M. J.-L. CHAMPIONNIÈRE.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Lettre de M. TUFFIER, demandant un congé pour la durée de son cours à l'Ecole de médecine, et de M. JALAGUIER, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;

3° *Les Médecins et la loi du 30 novembre 1892* (étude historique et juridique), par M. ROLAND ;

4° Quatre observations par M. DENNETIEZ (d'Orchies) à l'appui de sa candidature au titre de Membre correspondant national (M. Chaput, rapporteur).

A propos du procès-verbal.

Sur la réparation des déchirures étendues de la cloison recto-vaginale.

M. PAUL SEGOND. Notre collègue M. Routier nous a décrit mercredi dernier un procédé fort ingénieux pour réparer les déchirures étendues de la cloison recto-vaginale ; procédé essentiellement caractérisé par ce fait que la périnéorrhaphie proprement dite est précédée par la reconstitution du canal ano-rectal, à l'aide de

deux ou trois plans de suture placés à la manière de Lembert. M. Pozzi nous a fait aussitôt observer que la réparation du rectum comme premier temps de la périnéorrhaphie et la nécessité de ne point passer les sutures dans le rectum pour éviter leur infection, ne sont pas chose nouvelle, que Fritsch et Walzberg entre autres, ont précédé dans cette voie M. Routier et qu'il a indiqué leur technique dans son traité de gynécologie.

Rien de plus juste, mais si la pensée qui a guidé M. Routier n'est pas neuve, le procédé qu'il a suivi pour réparer, à part et par plusieurs plans de suture à la Lembert, le canal ano-rectal, ne m'en paraît pas moins assez personnel. La question n'a point, du reste, une excessive importance, si chaque manière de placer des fils à suture devait porter un nom propre, notre mémoire serait vite à bout et, pour la périnéorrhaphie surtout, j'imagine que, les grandes méthodes exceptées, peu de procédés opératoires pourraient aujourd'hui tenir devant une enquête bibliographique. Ce qui me paraît plus important à déterminer, c'est le degré d'opportunité et la valeur des procédés un peu complexes semblables à celui de M. Routier. Or, si je m'en refère aux résultats de ma pratique personnelle, je ne crois pas qu'il soit avantageux de faire comme M. Routier, un temps spécial de la réparation ano-rectal. M. Pozzi l'a fort bien dit, il suffit pour réunir les plus grandes déchirures du périnée de faire le dédoublement selon le procédé de Lawson Tait et de mobiliser largement la paroi antérieure du rectum pour la faire glisser de haut en bas. Depuis quatre ans au moins j'ai toujours procédé de cette façon et je n'ai jamais eu qu'à m'en louer. Le dédoublement de la cloison selon le procédé de Lawson Tait donne en quelques secondes une surface d'avivement aussi étendue qu'il le faut, la mobilisation par en bas de la paroi antérieure du rectum isole complètement le foyer cruenté de la cavité rectale et le parfait affrontement des surfaces se fait ensuite avec la plus grande facilité en suturant à la manière d'Emmet avec tous les fils tordus en dehors. Il va de soi que dans les déchirures remontant très haut, il faut réunir à part le sommet du V représenté par la division de la muqueuse vaginale et perdre quelques catguts dans le vagin avant de placer les grands fils périnéaux. Mais c'est l'exception, et du côté du rectum, on peut toujours éviter les sutures isolées, grâce à la mobilisation et à l'abaissement de sa paroi antérieure.

M. Chaput. J'approuve tout à fait la conduite de notre collègue M. Routier, qui, dans son opération de déchirure recto-vaginale, a fait une large dénudation du rectum et une suture à deux étages de cet intestin.

Dans toutes les réparations intestinales, le principe est le même, il faut obtenir des lambeaux mobiles, souples, qui puissent s'infléchir sans effort sous l'action des sutures ; dans ces conditions les sutures ne sont pas tendues et ne coupent pas les tissus. Il est indispensable d'établir un double étage de sutures si on ne veut pas s'exposer à la désunion. J'ai d'ailleurs recommandé la pratique suivie par M. Routier dans le *Manuel d'antisepsie*, de Terrillon et Chaput paru en 1893. A la page 153, à l'article *Déchirure compliquée du périnée*, on peut lire les lignes suivantes : « Quel que soit le procédé employé, il est indispensable de faire trois ordres de sutures : rectales, périnéales, vaginales. Les sutures rectales se font sur deux étages l'un muco-muqueux, l'autre séro-séreux, adossant largement la surface extérieure des deux lèvres rectales qu'on aura pris la précaution de dénuder largement (la soie fine est préférable pour ces sutures intestinales) ».

Rapport.

Deux observations : 1° *Hydrocèle péritonéo-vaginale guérie par cure radicale ;* 2° *Kyste hydalique intra-hépatique profond traité par incision*, par M. le Dr Brault, médecin-major, professeur suppléant à l'Ecole de médecine d'Alger.

Rapport par M. Picqué.

I. La première est une observation d'hydrocèle péritonéo-vaginale à fermeture supérieure et guérie par la cure radicale.

Il s'agit d'un jeune homme de 21 ans, robuste, qui présentait une tumeur de la bourse gauche, de la grosseur d'un œuf de dinde. L'affection remontait à l'enfance ; le malade ne pouvait en préciser l'origine ; la progression avait été très lente.

La tumeur inguino-scrotale est mate dans toute sa hauteur fluctuante transparente, irréductible ; le cordon fait partie du prolongement supérieur et l'on ne peut l'en séparer.

La poche est faiblement tendue ; à ce propos, M. Brault fait remarquer que, dans la station verticale, le prolongement funiculaire est moins marqué. En pressant de haut en bas sur la tumeur, on sentait, d'après l'auteur, le liquide filer sous le doigt et l'on pouvait le faire refluer à peu près complètement dans la portion vaginale de la tumeur.

De plus, quand la partie supérieure de la tuméfaction est ainsi vidée, en imprimant de haut en bas et d'avant en arrière un mouvement de bascule de la tumeur, on arrive très facilement à l'isoler de l'abdomen.

Il n'existe pas de hernie inguinale ; l'anneau externe est petit et permet difficilement l'introduction de la pulpe de l'index.

M. Brault pratique la cure radicale en se servant de la cocaïne comme anesthésique. L'incision est faite couche par couche; l'ouverture de la séreuse donne issue à une centaine de grammes d'un liquide citrin caractéristique.

Le testicule et ses annexes sont sains. A la partie supérieure de la poche vaginale, au-dessus de l'épididyme, on remarque un orifice que l'auteur, selon une comparaison dont je tiens à lui laisser toute la responsabilité, compare à un anus d'enfant avec prolapsus muqueux. Il existait là, en effet, un bourrelet rougeâtre avec une série de plis transversaux. Le doigt, introduit dans cet orifice, va jusque dans le canal vaginal, mais ne peut cheminer plus loin, et l'on ne sent aucune impulsion lorsque le malade vient à tousser.

De plus, le calibre de ce prolongement est manifestement variable.

A l'entrée existe une coarctation, et le bourrelet précité constitue une sorte de diaphragme.

Devant l'anneau inguinal, on constate une dilatation assez marquée, puis un nouveau rétrécissement et enfin une dernière dilatation qui se termine en cul-de-sac dans le trajet intra-pariétal.

M. Brault sépara avec soin la tunique vaginale des enveloppes voisines et procéda à la dissection accoutumée du trajet pariétal. Puis il reconstitua une tunique vaginale. Son malade était guéri en dix jours.

Messieurs, je serai bref sur les réflexions qui m'ont été suggérées par la lecture de cette intéressante observation. Il s'agit là d'un cas rare d'hydrocèle péritonéo-vaginale, selon l'heureuse expression de Chassaignac adoptée par notre collègue M. Reclus dont il existait une pièce depuis longtemps au musée de Wurtzbourg, mais qui n'est bien connue que depuis le cas remarquable observé par M. Reclus et publié dans le *Traité de chirurgie.*

D'autre part, les recherches anatomiques intéressantes publiées par M. Bazy, nous autorisent à rapprocher cette variété d'hydrocèle de l'hydrocèle en bissac décrite autrefois par Chelius et Dupuytren, mais attribuée par ces auteurs évidemment à tort à une surdistension de la paroi.

Dans le cas de M. Brault, le liquide, ainsi que je l'ai dit, n'était qu'à une très faible tension.

L'auteur insiste avec raison, sur la nécessité de bien reconnaître dans chaque cas, s'il existe ou non une hernie concomitante et il accorde une réelle importance à la manœuvre de la bascule qui en isolant la tumeur de l'abdomen, permet une exploration plus exacte.

M. Brault a pratiqué d'emblée la cure radicale : c'est, en effet, la conduite que recommandent avec raison, dans la plupart des cas, nos collègues Reclus et Bazy et je ne puis que féliciter notre confrère d'y avoir eu recours.

Paris. — Imp. Paul Dupont, 4, rue du Bouloi (Cl.) 43.4.94. *Le gérant :* G. Masson.

II. — La deuxième observation présentée par M. Brault à la Société de chirurgie est relative à un kyste hydatique intra-hépatique profond et volumineux traité par la méthode rapide légèrement modifiée.

Il s'agit d'un homme de 31 ans entré à l'hôpital du Dey le 28 août 1893 dans un état de cachexie très avancée. Cet homme avait toujours été très bien portant jusqu'en 1891. En mars, il fut envoyé pour combattre les criquets sur les bords de la rivière de l'Arach à quelques lieues d'Alger.

Dans ce pays marécageux il ne tarda pays à contracter la fièvre intermittente et après plusieurs entrées à l'hôpital il nous fut adressé avec le diagnostic de cachexie palustre.

Depuis six mois environ, ce malade est tourmenté non pas tant par ses accès de fièvre que par une douleur fixe dans la région du foie : cette douleur qui augmente dans la toux et la respiration profonde est bien limitée et ne s'irradie ni en ceinture ni vers l'épaule.

Depuis deux mois environ, la peau du malade a légèrement jauni; il existe de la dyspepsie, une constipation opiniâtre et de l'insomnie.

L'appétit est nul, et l'anorexie est surtout marquée pour la viande et les matières grasses.

A la palpation, on constate que le foie descend à 8 centimètres au-dessous des fausses côtes. Le point douloureux est à 2 travers de doigt de ces dernières et sur la ligne du mamelon. En ce point, il existe de la dépressibilité.

Les signes subjectifs fournis par le malade ainsi que l'extrême fréquence des hydatides en Algérie firent penser à notre confrère de l'armée, à la possibilité d'un kyste hydatique du foie bien que d'autre part l'absence de signes précis et les antécédents du malade devaient engager à quelques réserves. Aussi M. Brault se décida-t-il a une ponction exploratrice qui vint confirmer ses prévisions, en amenant l'issu du liquide hydatique.

L'opération ne put être pratiquée qu'après quatre jours, en raison des résistances du malade à une intervention chirurgicale.

M. Brault pratiqua une incision de 10 centimètres, parallèle aux fausses côtes et à deux travers de doigt au-dessous.

La surface du foie mise à nu est normale, le kyste est central à une profondeur de 3 centimètres et demi, ainsi que le démontre une nouvelle ponction faite avec l'appareil de Potain.

Prévoyant alors des difficultés dans l'application de la méthode ordinaire, notre confrère s'est décidé pour éviter toute souillure du péritoine à pratiquer d'emblée une suture hépato-péritonéale. C'est ainsi que sans faire aucune évacuation, il a réuni tout d'abord par un surjet le péritoine pariétal à la surface convexe du foie. Le champ opératoire bordé par la collerette péritonéale mesurait environ 7 centimètres de long sur 1 centimètre et demi de large. La section fut faite au thermo-cautère jusqu'à une profondeur de 2 centimètres; le reste fut incisé avec un bistouri boutonné conduit sur une sonde cannelée. L'écoulement san-

guin fut insignifiant : la membrane kystique put être facilement enlevée. Drainage de la poche.

Les suites furent assez simples; il se produisit pendant trois semaines un écoulement abondant de bile, mais le 28 novembre la guérison était complète.

Messieurs, je ne retiendrai pas longtemps votre attention sur les motifs qui ont conduit M. Brault à l'intervention dont je vous ai donné les détails.

Notre confrère a bien fait de recourir à la méthode de Landau, mais profitant des réflexions que M. Reclus a faites justement dans son *Traité de thérapeutique* sur les différences de l'application de la méthode en un temps dans les cas de kystes profonds, intra-parenchymateux il a préféré pratiquer au préalable la fixation du foie à la paroi. Cette suture qu'on peut d'ailleurs compléter par une suture secondaire des lèvres du kyste à la paroi, lui a paru très suffisante pour protéger efficacement la cavité péritonéale et nous ne pouvons que le féliciter du résultat obtenu.

Je vous propose, Messieurs; 1° d'adresser des remerciements à l'auteur; 2° de déposer ses deux observations dans nos archives.

Discussion.

M. Routier. A propos de la communication de M. Picqué, je rappelle qu'en 1883 j'ai eu à traiter une vaste hématocèle vagino-péritonéale qui avait succédé à une hydrocèle certainement de la même variété, et qu'on avait traitée 7 ou 8 ans auparavant par la ponction à l'hôpital militaire de Lille.

Cette hématocèle était très volumineuse, la partie vaginale avait le volume de deux poings, mais la partie intra-péritonéale était certainement aussi grosse qu'un utérus de sept mois. J'ouvris cette hématocèle, je vidai les caillots, et décortiquai cette vaste poche et le testicule.

Le malade guérit et conserva son testicule.

Communication.

Deux cas de fracture du crâne avec lésion du cerveau,

Par M. H. Bousquet (de Clermont-Ferrand),
membre correspondant.

J'ai l'honneur de présenter à la Société deux cas de traumatismes cérébraux qui me semblent avoir l'un et l'autre un certain intérêt.

Le 15 février 1892 j'étais appelé dans un village des environs de Clermont par mon confrère, M. le Dr Dubois, pour voir un homme de 40 ans environ, qui avait reçu sur la partie postérieure de la tête un bloc de pierre. Cet homme travaillait à extraire de la pierre dans une carrière, lorsqu'un morceau de basalte pesant 10 kilogrammes environ, se détacha de la partie supérieure de la carrière, c'est-à-dire d'une hauteur d'environ 15 mètres, et vint le frapper à la nuque. Il tomba sans connaissance, face contre terre, et ses camarades qui l'ont relevé immédiatement, nous racontent qu'il a eu une abondante épistaxis. Transporté à son domicile, il reprit ses sens trois quarts d'heure après l'accident. Nous l'examinons quatre heures après, sa physionomie ne traduit aucune hébétude marquée, surtout si l'on s'en rapporte au dire des voisins qui affirment que cet homme a naturellement l'air égaré ; il répond facilement à nos questions, et ne se plaint pas trop ; en arrière et à gauche de la tête nous trouvons une vaste plaie contuse dans laquelle le sang, la matière cérébrale, et quelques esquilles osseuses forment avec des débris de terre, un magma qui a coagulé les cheveux.

Un nettoyage sommaire nous permet de voir une vaste plaie contuse qui siège environ à $0^m,08$ en arrière de la ligne bizygomatique et à $0^m,04$ au-dessous du lambda. Le cuir chevelu sectionné sur une assez grande étendue pend en arrière, et en bas, une notable quantité de matière cérébrale se voit entre les lèvres de la plaie, et deux esquilles volumineuses s'enfoncent dans le cerveau.

Après avoir rasé toute la périphérie du trou et rendu la région aussi aseptique que possible, nous enlevons avec une spatule quelques grammes de matière cérébrale et essayons d'extraire les esquilles. Elles se sont enfoncées au-dessous des os, un débridement du cuir chevelu en haut nous permet de saisir avec une forte pince, et d'extraire deux larges esquilles de la cavité cranienne. Ces esquilles se juxtaposent parfaitement par un de leurs côtés et soudées ensemble elles forment une surface demi-circulaire dont le diamètre mesure $0^m,055$.

Ce fragment osseux appartient en majeure partie au pariétal gauche, un fragment de l'occipital le complète ; sur une partie de la convexité du fragment on voit en effet la suture occipito-pariétale qui ne s'est pas disjointe, l'occipital a cédé en dehors.

L'individu a été pour ainsi dire scalpé par la pierre, car les esquilles sont absolument dépourvues de péricrâne à leur surface externe, et nullement adhérentes à la dure-mère.

Avec la spatule mousse, nous régularisons la plaie cérébrale, le lambeau suturé à sa périphérie est perforé à la partie la plus déclive de manière à assurer l'écoulement des liquides par une

mèche de gaze, puis un pansement à la gaze iodoformée et au coton recouvre le cuir chevelu.

Pendant quelques jours on donne au malade de l'émétique ; les pansements sont renouvelés de temps à autre, et au bout d'un mois la guérison est complète. Les seuls phénomènes observés sont : 1° Le troisième jour après l'accident, une certaine difficulté dans le choix des mots et un peu d'hésitation dans la parole ; 2° Un léger affaiblissement de la vue du côté de l'œil droit, cet affaiblissement survint quinze jours après l'accident et fut tout aussi passager que les troubles du langage ci-dessus relatés.

Autant que nous permettent de l'affirmer nos connaissances sur la topographie cranio-cérébrale, le cerveau a été lésé dans sa partie postérieure, au niveau de la jonction de la 2e circonvolution occipitale, avec la 2e temporale, sur une étendue relativement considérable ; et nous n'avons observé ni paralysie, ni trouble dans la sensibilité. Si nous joignons à cela l'absence de tout symptôme réactionnel nous arrivons à un ensemble de signes négatifs relativement remarquable, en présence d'une lacération pareille de la substance cérébrale et d'un traumatisme aussi grave.

Etant donné le poids de la pierre (10 kilogr.) et la vitesse dont elle était animée, tombant en chute libre d'une hauteur de 15 mètres, on comprend que le crâne de notre client, tout auvergnat qu'il était, aurait été broyé s'il avait été atteint perpendiculairement ; mais la pierre l'avait simplement frôlé, décollant le péricrâne et détachant les os. Ce contact par frôlement nous explique pourquoi le péricrâne avait été scalpé, et pourquoi les esquilles plongeaient obliquement en bas et en dedans dans la substance cérébrale.

Notre deuxième cas a trait à un enfant de 3 ans 1/2 qui, le 28 août 1892, jouait dans la rue de son village, lorsqu'il reçut sur la tête une série de briques détachées, par un tremblement de terre, d'une cheminée située sur un toit assez élevé. Il fut atteint sur la partie supérieure du crâne, en arrière et en haut du pariétal droit, dans la région occupée par la partie supérieure de la 1re pariétale et de la 3e frontale.

D'après ce que l'on nous raconte l'enfant a perdu connaissance, est resté pendant plusieurs jours dans le coma ; puis il est revenu peu à peu à la vie, mais, il a conservé une paralysie du membre inférieur gauche, et une paralysie avec contracture du membre supérieur du même côté ; en effet, ce membre pend le long du corps, mais le coude est violemment contracturé.

Nous voyons l'enfant deux mois après, et les parents nous demandent s'il ne serait pas possible de remédier à cet état.

A l'examen nous trouvons :

1° Sur le crâne à 0m,02 de la ligne biauriculaire et à 0m,02 de la ligne médiane à droite une cicatrice de 0m,03 environ du cuir chevelu oblique de haut en bas et d'avant en arrière ; 2° En arrière de cette cicatrice, la peau soulevée forme une masse du volume du poing s'étendant sur la partie latérale droite de la région pariéto-occipitale. Cette masse ne se laisse pas réduire, elle est animée de mouvements isochrones à ceux de la respiration, et une ponction faite avec une seringue de Pravaz en retire un liquide rougeâtre.

Le 29 octobre, l'enfant étant endormi, nous incisons les téguments sur la partie la plus déclive, il s'écoule une assez grande quantité de liquide, et nous trouvons : 1° Une hernie du cerveau au milieu de laquelle on voit un trou par où sort du liquide, ce trou conduit dans le ventricule latéral ; 2° Une série de fractures et de disjonctions osseuses , 3° Trois esquilles qui à elles trois sont plus grandes qu'une pièce de 2 francs, et sont enfoncées dans la substance cérébrale. Ces esquilles sont enlevées, puis avec la spatule mousse nous soulevons les parties déprimées ; des sutures à la soie assez rapprochées réunissent la dure mère, puis les téguments, un pansement convenable enveloppe la tête.

Deux jours après l'enfant va bien, il prend du lait avec plaisir, et commence à remuer le membre inférieur, mais le pansement et l'oreiller sur lequel il reposait sa tête sont absolument mouillés ; nous défaisons le pansement et malgré tous nos efforts, il nous est impossible de nous opposer à cet écoulement de liquide, qui se fait constamment par la partie la plus déclive de la plaie. Le 5e jour l'enfant tombe dans le coma et meurt le 9e jour après l'opération.

Suite de la discussion sur les plaies pénétrantes du crâne par balles de revolver.

M. Delorme. J'avais, de quelques expériences, tiré des conclusions qui me paraissaient rigoureuses sur l'inutilité et les dangers d'une exploration profonde dans les plaies pénétrantes de l'encéphale par balles de revolver. Quelques points de ma communication ayant été l'objet d'observations et de critiques de la part de notre collègue M. Terrier, je saisis l'occasion qui m'est offerte de revenir sur le même sujet, et de préciser quelques données nouvelles, liées directement ou indirectement à la question en discussion.

Tout d'abord, dans sa communication, M. Terrier juge le trépan inapplicable aux traumatismes de guerre ; il appuie son assertion de l'autorité d'Otis et de celle des chirurgiens allemands de la

guerre de 1870-1871. Pour lui, la gravité exceptionnelle des traumatismes de gnerre contre-indique cette intervention.

Cependant, les balles actuelles, malgré leur grande force vive, peuvent très bien déterminer des plaies pénétrantes qui réclament des excisions craniennes ; enfin, des lésions craniennes peuvent encore imposer ces opérations. Mais, je me contente de cette simple réserve, de cette seule remarque, ne voulant pas détourner l'attention du sujet actuellement discuté.

Notre collègue s'étonne que, dans ma communication et mes expériences, j'aie tenu à séparer aussi nettement les effets produits par les balles de revolver du commerce ou de poche, de ceux que déterminent les projectiles des revolvers d'ordonnance. Cette distinction était absolument essentielle à établir et c'est pour l'avoir bien senti que j'ai reconnu la nécessité de recourir à des expériences avec les balles de revolver du commerce.

Il est impossible, en effet, de confondre des projectiles si différents, les uns d'un type toujours le même dans chaque pays au moins, d'un poids relativement élevé, souvent cuirassés, lancés par une charge de poudre assez grande, explosible, qui leur imprime une vitesse initiale élevée (200 mètres pour notre revolver, soit près du tiers de la vitesse des fusils actuels); et les autres, de calibre variable, de poids bien plus faible, de plomb mou, lancés par des charges de poudre également faibles. Les qualités balistiques de ces projectiles qui, comme l'on sait, dépendent surtout de leur poids et de leur vitesse, ne pouvaient donc être assimilées. Si, pour les revolvers du commerce, nous possédions des tables de vitesse, il serait facile d'établir les différences du coefficient balisti jue, pour me servir de l'expression consacrée, mais ces tables manquent ; force est donc de recourir à l'expérience pour apprécier les différences d'effets des deux variétés de projectiles. La démonstration n'en sera que plus frappante.

J'ai tiré à sept pas, dans cette planche de bois blanc (peuplier) de 18 millimètres d'épaisseur, quatre balles du revolver qui m'avait déjà servi. Une seule a traversé cette planche ; les autres se sont arrêtées au milieu de l'épaisseur de la planche, à 8, 9 millimètres. Quatre balles du revolver d'ordonnance français ont traversé cinq planches de sapin superposées de 10 centimètres d'épaisseur totale et trois ont fait une forte impression sur la sixième.

A un pas, j'avais sur le crâne d'un homme de quarante ans, très robuste, tiré trois balles du revolver de poche utilisé ; une seule s'était encastrée dans un des rebords orbitaires sans le perforer ; les deux autres s'étaient aplaties sur le frontal. Une balle du revolver d'ordonnance, à sept pas, atteint le frontal du même crâne obliquement, s'y creuse une longue perforation oblique, soulève

un volet triangulaire d'os de 8 centimètres de longueur, de 4 de large, fêle ce crâne à la base du volet et après avoir traversé le cerveau, s'arrête contre le point symétrique du crâne.

A sept pas, la balle du même revolver de poche s'aplatit contre un fémur du même cadavre sans produire autre chose qu'un contact. A la même distance, une balle du revolver d'ordonnance produit une fracture des plus comminutives avec subdivision des deux esquilles latérales longues de 12 centimètres et production d'esquilles libres, petites et très nombreuses ; en somme, elle a déterminé une fracture analogue à celle que ferait la balle du fusil Lebel à une distance moyenne[1].

Ces expériences sont, je pense, suffisantes pour démontrer les grandes différences des deux projectiles.

Ici, je crois devoir placer une remarque. Dans les observations de traumatisme par balle de revolver qu'on a publiées, on tient trop compte du calibre du projectile. C'est le poids et la vitesse de la balle qu'il serait, au contraire, essentiel de déterminer, car c'est d'eux que dépend la quantité de mouvement du projectile. La longueur de ce dernier est encore utile à fournir ; à égalité de vitesse, de poids et avec des formes similaires, la force de pénétration d'une balle étant surtout liée à cette longueur (unité de poids par unité de section).

M. Terrier m'a reproché de m'être servi, dans mes explorations, d'instruments métalliques au lieu d'instruments flexibles, de sondes de gomme. Avec ces dernières, d'après lui, les fausses routes sont moins faciles et moins dangereuses.

Il me permettra de lui faire observer, que déjà le fait, à bien des points de vue intéressant, qu'il a communiqué, vient précisément à l'encontre de son assertion. Chez son blessé, qui avait subi une perforation des deux lobes frontaux près de leur surface, notre collègue sonde la plaie avec une bougie urétrale et à peine a-t-il dépassé les limites de l'orifice d'entrée cranien qu'il la dirige obliquement et profondément vers la base du cerveau.

Si, sur des cadavres à cerveau consistant, on explore avec une bougie molle à bout olivaire et surtout avec une bougie à boule un long trajet parcouru par une balle de revolver du commerce, on constate que cet explorateur expose, comme les autres, aux fausses routes, qu'il peut en créer de spéciales lorsque, l'extrémité terminale de la sonde butant contre une cloison dure-mérienne ou la paroi opposée du crâne, on continue à exercer une pression sur son extrémité manuelle. Cette extrémité se recourbe alors. Le corps même de la bougie peut subir, dans les mêmes conditions,

[1] Ces pièces ont été présentées à la Société de chirurgie.

de longues courbures qui agrandissent le diamètre du trajet parcouru par le projectile. Et il n'est pas nécessaire que le cathétérisme soit brutal pour qu'on observe ces déviations. Enfin, pas plus que l'instrument métallique, la sonde de gomme ne fournit de renseignements sur les balles déviées ou les esquilles projetées. La partie du trajet que peut suivre un explorateur étant directe, il me semble indifférent qu'on emploie un explorateur mou antiseptisé ou un instrument métallique flambé. L'essentiel, pour moi, serait qu'il fût conduit bien délicatement, retenu plutôt que poussé, qu'il s'engageât, pour ainsi dire, de lui-même et peu profondément. J'ai dit à une distance de quelques centimètres pour préciser et pour éviter que, dans une plaie latérale, on ouvrît et l'on pût infecter un ventricule latéral.

L'appareil Trouvé a paru dangereux. Il ne peut qu'être inoffensif si le courant a le faible degré d'intensité habituel. On peut en faire l'expérience en faisant marcher l'appareil et en plaçant ses aiguilles au contact d'une balle. Ni la pulpe des doigts mouillés, ni la langue ne reçoit d'impression. Il en serait sans doute de même pour le cerveau.

Aujourd'hui, d'ailleurs, après le rappel des belles expériences de MM. Delbet et Dagron sur la déviation habituelle des balles qui atteignent la paroi opposée du crâne, alors que ma conviction est bien faite sur l'inutilité et les dangers d'une exploration profonde, je n'aurai plus recours à cet appareil pour mes recherches. Quand, en effet, dans un trajet court, les seuls dont je crois le cathétérisme permis, l'explorateur rencontre un corps dur, qu'importe de savoir si ce corps est constitué par la balle ou une esquille : il est à enlever.

M. Terrier est un partisan si déclaré de la trépanation dans les plaies pénétrantes du crâne par balle de revolver, qu'il va jusqu'à conseiller de trépaner — c'est du moins le sens de ses paroles — quand on a la certitude que la balle a pénétré dans l'intérieur du cerveau, car, pour lui, les accidents qui ressortent de la présence de ce projectile sont toujours pressants. Que si, après avoir ouvert la boîte cranienne, on ne trouve pas ce que l'on cherche, la trépanation sera exploratrice au même titre et sans plus de dangers qu'une laparotomie exploratrice faite pour un traumatisme de l'abdomen. Notre collègue me permettra de ne pas partager son opinion ; il m'excusera de lui dire que si ses conseils étaient suivis, nous en arriverions bientôt à un abus réel et regrettable du trépan. J'estime que, dans les pénétrations du crâne par les balles de revolver, les tentatives de recherches des corps étrangers n'ont que rarement besoin d'être précédées de l'ouverture d'une large brèche cranienne pour fournir les renseignements qu'elles sont

appelées à nous donner. L'orifice d'entrée de la perforation est bien suffisant pour permettre le passage d'un instrument explorateur et ce n'est pas la découverte d'une surface plus ou moins étendue du cerveau qui renseignera d'une façon plus précise sur la direction du trajet, qui diminuera le danger des fausses routes, qui guidera la sonde dans le trajet anguleux d'un projectile réfléchi, qui permettra de découvrir des esquilles projetées ou qui, au contraire, nous fera tomber plus vite et plus sûrement sur un projectile ou des esquilles cachées dans un cul-de-sac peu profond. Ou l'exploration de l'orifice cranien pur et simple est suffisante, et c'est après l'avoir pratiquée qu'il faut avoir recours, si son utilité s'impose, au trépan curatif, ou elle est insuffisante et le trépan explorateur sera lui-même inutile. Or, comme cette exploration est le plus souvent insuffisante, pour les trajets profonds, le trépan qu'on voudrait lui substituer serait abusivement employé.

L'analogie entre une laparotomie exploratrice et une trépanation exploratrice est éminemment trompeuse. Tandis que la première opération met à découvert des organes à parenchyme consistant, qu'on peut sonder sans faire de fausses routes, ou des cavités à parois résistantes qu'on déplace, qu'on palpe, qu'on examine à volonté et avec plus de sécurité, par une grande que par une petite ouverture, la brèche cranienne faite, on ne découvre qu'une surface cérébrale peu étendue et le trépan explorateur est d'un bien faible secours pour l'examen d'un trajet plus ou moins profond.

Pour notre collègue, la septicité de la balle de revolver est la condition qui milite le plus puissamment en faveur de son ablation. Il ne pense pas, comme M. Berger, que le projectile soit aseptique. Des expériences faites jusqu'ici en vue d'établir le degré de septicité d'une balle, par Messner (de Wiesbaden), par Habart et Lagarde, ont donné des résultats contradictoires. Pour le premier de ces auteurs, des balles, même stérilisées, tirées dans des boîtes de gélatine peptonisée, donnent naissance à des colonies microbiennes, peu nombreuses il est vrai, et l'infection franche n'a lieu que quand la balle traverse des flanelles infectées avant d'atteindre la boîte de gélatine. Il semble ressortir de ces expériences que la balle pourrait se charger de microbes au contact de l'arme ou de l'air. Pour Habart, les balles tirées directement sur des boîtes de gélatine sont stériles ; elles ne donnent lieu à des cultures que si elles traversent des vêtements ou des tissus infectés. Enfin Lagarde conclut d'expériences analogues que la plupart des blessures par coup de feu sont aseptiques.

Des expériences que nous avons entreprises avec M. le professeur Laveran en vue de cette communication, et dont je me contente, pour le moment, de fournir les résultats, il résulte :

Que les balles de revolvers extraites des boîtes qui les renferment et non tirées sont tantôt septiques, tantôt aseptiques ; que tirées presque à bout portant dans des manchons d'ouate, tassée, aseptique, elles sont le plus souvent septiques mais qu'elles peuvent être aseptiques ; que l'action du gaz de la poudre ne détruit pas la septicité d'une balle infectée par culture.

Mais, tout en accordant à cette septicité primitive de la balle (c'est-à-dire déjà acquise avant le tir), à celle qui peut résulter de son contact avec la coiffure, avec la peau et les cheveux ; en accordant à cette septicité une valeur qui n'est pas toujours en concordance avec les constatations cliniques, lesquelles montrent des guérisons si fréquentes sans intervention ; en faisant bon marché, d'un autre côté, des conditions bien connues de tolérance des petites balles ; en oubliant les si remarquables expériences de Flourens qui, sans précautions spéciales, introduit des balles dans le cerveau d'animaux sans produire de troubles fonctionnels ni d'abcès, si ce n'est quand la balle est grosse ou qu'il y en a plusieurs ; sans tenir compte de ces données, on revient forcément à ce point qui, à mon sens, domine toute la question, à savoir que les inconvénients, les dangers et surtout les incertitudes, les difficultés de la recherche d'une balle profondément engagée forcent le chirurgien à ne pas en tenter l'ablation, quelque désirable que celle-ci puisse être quand elle est profonde. Non seulement l'incertitude des recherches est affirmée et par les expériences intéressantes de MM. Delbet et Dagron, qui en ont trouvé l'explication dans les déviations si fréquentes du projectile, et par les miennes, mais elles sont affirmées aussi, comme il fallait s'y attendre, par les faits cliniques. Faut-il rappeler que, dans plusieurs cas de Verneuil et de Trélat, un médecin enfonce une sonde à 10 centimètres et plus sans rien découvrir, que Parisse en pousse une à 16 centimètres avec le même insuccès, que Folet bute contre la faux du cerveau, que Berra s'arrête contre la sphénoïde ? Faut-il faire appel au fait de Bodet qui enfonce une sonde à 6 centimètres sans rien trouver, à celui de Labourdelles, etc. ? Dans un autre ordre de cas, M. Peyrot, guidé par un signe local, trépane au point opposé du crâne, sans trouver la balle ; M. Cerné (de Rouen) suit la même conduite et ne peut la saisir.

A quoi servirait de multiplier ces exemples ? Il est plus intéressant de faire remarquer qu'on compterait *par unités* les observations de blessés chez lesquels une balle de revolver profondément engagée a pu être décelée par une sonde et, pourtant, on sait l'abus qu'on a fait et qu'on fait encore de ces recherches ! Je n'ai pu trouver un cas de recherches fructueuses dans les thèses récentes et riches d'observations de Le Doze, de Dèche, d'Esprit,

de Cordes et dans les dix derniers tomes de la *Revue des sciences médicales* de Hayem.

Mais, à supposer qu'on ait découvert la balle septique, au point de vue de l'infection de la plaie, le semis de cheveux qui tapisse les longs trajets dont l'orifice d'entrée ne répond pas au front, ce semis qui adhère à la pulpe cérébrale, les débris de coiffure entraînés sont bien plus nocifs que la balle, et leur détachement et leur désinfection sont presque impossibles. Enfin, les foyers esquilleux qu'on ne peut atteindre quand le trajet est profond peuvent, eux aussi, être rendus septiques par le contact de ces cheveux.

Chercher et extraire la balle septique dans un long trajet est donc une pratique insuffisante au point de vue de l'antisepsie complète et rigoureuse de la plaie. Et, si la recherche de ce projectile avec un instrument aseptique est sans danger, au point de vue de l'infection de cette plaie, elle n'en reste pas moins, d'une façon générale, dangereuse au point de vue mécanique.

L'antisepsie des foyers superficiels ou peu profonds me semble donc seule possible et avantageuse. Elle pourra être, sans grands inconvénients, suivie d'une tentative des plus prudentes d'extraction de la balle et des esquilles non ou peu projetées.

Je voudrais encore présenter une remarque au sujet de l'emploi du trépan dans les perforations craniennes par les balles. J'ai pendant cinq ans dirigé des exercices opératoires et j'ai été frappé de la fréquence relative avec laquelle la couronne éraille les méninges et le cerveau, quand elle est maniée par des mains peu exercées, lesquelles pourtant sont appelées à pratiquer cette chirurgie d'urgence. Dans les fractures avec dépression d'esquilles, plus ou moins libres, provenant de la table interne, la couronne peut les propulser et augmenter l'étendue et la profondeur de la contusion cérébrale. Aussi, me fondant sur cette observation, je conseille de remplacer, chaque fois qu'on le peut, le trépan par la pince-gouge à laquelle une voie est ici tout ouverte par la perforation cranienne.

Cet instrument est de marche plus rapide, plus facile, et surtout plus sûre que le trépan, dont je réserve l'emploi pour le cas où le crâne n'a pas subi de solution de continuité ou ne présente qu'une brèche insuffisante.

A ces remarques, j'ajoute l'exposé des recherches bactériologiques de M. le professeur Laveran.

Les balles de revolver sont-elles aseptiques ou non au moment de leur pénétration dans les tissus?

(Note de M. Laveran, professeur au Val-de-Grâce.)

Exp. I. — Le 1er mars 1894. Sept balles de revolver de moyen calibre

sont tirées dans un paquet d'ouate stérilisée. Le paquet est ensuite défait, les balles sont recherchées, isolées avec des pinces flambées, chaque balle est ensuite placée dans un tube renfermant du bouillon peptonisé.

Le 3 mars, le bouillon s'est fortement troublé dans cinq tubes sur sept[1]; il est resté limpide dans deux tubes. Le 7 mars, le bouillon est encore limpide dans ces deux derniers tubes. On peut donc admettre que, sur les sept balles, deux seulement étaient aseptiques.

Quatre balles qui n'avaient pas été tirées et qui ont été placées dans du bouillon peptonisé, comme les balles tirées, ont toutes donné lieu à des cultures déjà abondantes au bout de vingt-quatre heures.

Exp. II. — Quatre balles de revolver de moyen calibre sont souillées le 4 mars 1894 avec une culture de B. pyocyaneus; à cet effet, je plonge un fil de platine stérilisé dans la culture et je barbouille l'extrémité conique de chaque balle avec le fil de platine ainsi chargé; cela est d'autant plus facile qu'il existe à la surface du B. pyocyaneus une pellicule qui adhère au fil de platine et dont il est facile de déposer des débris à la surface des balles. Je laisse sécher vingt-quatre heures.

Le 5 mars, les balles souillées le 4 sont tirées dans un paquet d'ouate stérilisée; chaque balle est ensuite extraite de l'ouate avec des pinces stérilisées et placée dans un tube renfermant du bouillon peptonisé.

Le 7 mars, sur les quatre tubes qui ont reçu chacun une des balles, trois renferment des cultures de B. pyocyaneus. Le bouillon s'est légèrement troublé dans le quatrième tube, mais il n'y a pas encore de réactions caractéristiques du B. pyocyaneus.

Il résulte de ces expériences que les balles de revolver sont rarement stérilisées à leur sortie de l'arme et que ces balles peuvent transporter des microbes pathogènes.

M. Terrier. Contrairement à ce que vient de nous dire M. Delorme, j'ai précisément fait observer que les balles militaires produisent des lésions très différentes de celles que nous rencontrons dans la pratique civile et je ne crois vraiment pas qu'il soit opportun d'insister beaucoup pour montrer que les désordres provoqués par une balle sont d'autant plus graves que le projectile est plus volumineux et l'arme plus meurtrière.

Je maintiens donc intégralement tout ce que j'ai dit. Je me suis seulement occupé des plaies par balles de revolvers de petit calibre en déclarant que tous les arguments invoqués pour nous engager à les traiter par l'expectation ne me semblent pas valables. Sous le simple prétexte qu'un acte chirurgical nous paraît aujourd'hui difficile ou même impossible, je n'accepte en aucune manière qu'on fasse de cette impression un arrêt définitif et qu'on nous condamne

[1] Cultures impures. On y trouve des microcoques et des bacilles, le *bacillus subtilis* domine.

à nous croiser les bras alors que tant d'autres bonnes raisons nous commandent de faire plus et mieux.

En conseillant le cathétérisme, je n'ai pas dissimulé ses difficultés et c'est à cause même de ces difficultés que, repoussant l'usage des instruments rigides, j'ai recommandé l'usage des sondes souples et notamment des bougies à boule. Quant à l'explorateur de Touvé, ce n'est point du tout parce qu'il est électrique, mais uniquement parce qu'il est rigide et rectiligne que je ne veux pas m'en servir. Est-ce à dire qu'en suivant mes conseils on évitera sûrement les fausses routes? Je n'ai jamais rien avancé de semblable, et si je conseille de se donner du jour en agrandissant le trou fait par la balle, c'est parce que je redoute les fausses routes et parce que j'estime qu'on y est d'autant plus exposé que l'orifice par lequel on explore est plus étroit. Que les succès obtenus par cette manière de faire soient jusqu'ici peu fréquents, que l'intervention soit difficile et mal réglée, je n'en disconviens pas, mais encore une fois, ce ne sont point là des raisons suffisantes pour nous empêcher de faire œuvre de chirurgien et nous obliger à croire que le dernier mot soit dit aujourd'hui sur une question de thérapeutique chirurgicale qui reste tout entière à l'étude.

M. Gérard-Marchant. Il y a quelques jours, j'ai pris la parole pour appuyer les conclusions de M. Chauvel, et j'ai cité un cas de plaie pénétrante du crâne par balle de revolver, dans lequel j'avais pratiqué *heureusement* une trépanation préventive. Cette opération m'avait permis de retrouver les fragments de la balle, d'enlever des esquilles, de nettoyer un foyer intra-cérébral formé de sang et de matière cérébrale.

J'ai tiré de ce fait des conclusions contraires aux idées exprimées à différentes reprises dans cette société, sur la conduite à tenir dans ces cas, et mon excellent maître, M. Berger, m'a fait l'honneur de me combattre, en citant des cas de plaies pénétrantes du crâne, par balle de revolver (plaies graves, puisqu'il y avait eu élimination de matière cérébrale, phénomènes de paralysie) traitées par l'*expectation* et cependant guéries. Vous avez entendu M. Després, M. Reclus, M. Le Dentu, préconiser l'abstention, en se basant sur la *guérison spontanée* de ces traumatismes.

Il est certainement très intéressant et même consolant de penser qu'une perforation du crâne par balle de revolver peut guérir sans le secours du chirurgien. Mais c'est déplacer, à mon sens, les termes du problème! Il ne s'agit pas en effet, de savoir si un tel blessé, abandonné à lui-même, pourra guérir, mais bien si nous ne laissons pas quelquefois succomber par notre *inaction* des malheureux que nous aurions pu sauver, par une chirurgie moins théorique mais plus active.

Cette réflexion, M. Peyrot la faisait déjà le 22 juin 1887 (Société de chirurgie) en vous relatant l'autopsie d'un petit blessé qui mourut de méningite à la suite d'un coup de feu, et chez lequel on retrouva la balle à la surface de la dure-mère.

A la *série heureuse* de mon maître M. Berger, je puis opposer une *série à la noire* et ce sont ces faits (que je vous demande la permission de vous exposer brièvement) qui ont modifié mes idées premières, et m'ont rendu partisan convaincu de la *trépanation préventive*.

En 1877, étant interne de Dolbeau à l'hôpital Beaujon, je fus appelé le soir, auprès d'un blessé qui avait reçu une balle de revolver dans la région temporale et qui présentait une *paralysie faciale* et une *monoplégie brachiale* du même côté que la lésion. C'était l'ère des localisations cérébrales : il ne nous sembla pas difficile de localiser le siège du projectile au niveau du point moteur de la face et du membre supérieur. Nous fîmes immédiatement appeler le chirurgien de garde. Notre maître se refusa à toute intervention. Au bout de quelques jours le blessé succomba. Nous nous donnâmes la satisfaction de lui faire subir une trépanation *post mortem*, et de retrouver la balle dans l'endroit même où il fallait la chercher.

En 1881, j'eus l'occasion de voir un blessé qui avait reçu à bout portant une balle de revolver dans la région occipitale. Pendant quarante-huit heures, aucun accident ne se montra, mais après ce laps de temps, se déclaraient du *coma*, du *stertor*, de la *résolution des quatre membres* qui aboutissaient à la mort du blessé.

En 1886, j'accompagnai le professeur Trélat, à Apt, pour voir, sur l'invitation de M. Sarrien, alors ministre de la justice, le procureur de la République de cette ville, M. M..., qui avait reçu d'un inculpé une balle de revolver en plein front.

Je vois encore ce malheureux blessé, nous recevant assis dans son lit et ne présentant aucun trouble cérébral apparent. Au niveau de la région frontale moyenne, à trois travers de doigt au-dessus de la racine du nez, et un peu à droite de la ligne médiane, existait l'orifice d'entrée de la balle. A ce niveau, on apercevait un liquide *séro-purulent* animé de *battements* en rapport avec la respiration et la circulation cérébrale. Devant ce mutisme absolu des symptômes (l'accident datait déjà de quelques jours), le professeur Trélat ne fut pas d'avis d'intervenir. J'exprimai, avec la réserve que comportait une différence d'âge, de situation, d'expérience, une opinion contraire, mais sans convaincre mon éminent maître. Quelques semaines après ce malheureux blessé succombait à des accidents de *méningo-encéphalite*, peut être à un *abcès cérébral*.

N'ai-je pas le droit, le devoir comme chirurgien, de penser que

si on était intervenu dans ces faits malheureux, la guérison aurait pu être obtenue.

Mais *à quel moment faut-il intervenir ?* En dehors des indications générales de la trépanation, vous a dit M. Berger, n'intervenez pas ! Tant que le cerveau est muet, professe M. Reclus, abstenez-vous. Or, je me sépare encore absolument de mes collègues sur ce point. Comme l'a très judicieusement remarqué M. Quénu, attendez-vous pour intervenir, dans les plaies de l'intestin, que la péritonite se soit déclarée ? Certainement vous pourrez sauver des blessés par des trépanations tardives, lorqu'il s'agira de *phénomènes douloureux*, d'*accidents compressifs* ou *paralytiques*, mais si vous attendez l'explosion de la méningo-encéphalite, pour pratiquer la trépanation, il sera *trop tard*, et rarement nous aurons la satisfaction de voir le blessé guérir. Voilà pourquoi, comme M. Quénu, je me déclare partisan de la *trépanation préventive.*

Nous ne savons pas, disait M. Terrier, dans une discussion antérieure, si la balle est *septique* ou non, si elle a entraîné avec elle des cheveux, des débris de coiffure, des corps étrangers. Or, dans le doute, c'est le blessé qui doit en bénéficier, et nous devons tout mettre en œuvre pour nous opposer aux phénomènes de méningo-encéphalite, menaçants et mortels.

Le *seul signe* qui doit guider le chirurgien est l'existence de la *pénétration intra-cranienne.*

Ce diagnostic de la *pénétration* n'est pas aussi simple qu'il le paraît. M. le professeur Verneuil vous a raconté l'histoire d'un blessé qui fut considéré comme atteint d'une plaie pénétrante du crâne, et chez lequel la balle fut retrouvée dans la région temporale (*Soc. de chir.*). Le professeur Trélat a cité un cas semblable d'une balle extra-cranienne que l'on supposait intra-cérébrale (*Soc. de chir.*).

Dans la dernière séance, M. le professeur Le Dentu vous a parlé d'un blessé qui avait reçu une balle dans la région temporale droite, avec paralysie du moteur oculaire commun, et qu'il avait considéré comme atteint d'une plaie pénétrante du crâne : il nous a donné ce fait comme un cas de guérison par l'expectation.

En sortant de Necker, ce blessé fut apporté à Laënnec, où j'ai pu l'observer de très près pendant plus de trois semaines. Ce délire violent, sans fièvre, auquel faisait allusion M. Le Dentu, et qui avait motivé l'usage de la camisole de force, a cédé à 20 centigrammes d'extrait thébaïque dans un litre de vin, journellement répété. En même temps disparaissaient les douleurs de tête, et lorsque le blessé quitta l'hôpital Laënnec, il ne présentait plus que la paralysie du moteur oculaire commun, et une sensibilité exagérée dans un point localisé de la région temporale.

Cette évolution clinique m'avait fait penser que la plaie n'était

pas pénétrante, et éloigné de l'idée d'une intervention, ce fut aussi l'avis du Dr Brissaud que j'avais prié d'examiner ce blessé.

Je cite ce cas simplement pour montrer les difficultés du diagnostic.

Pour établir ce *diagnostic de pénétration* avec certitude, il faut explorer la plaie, non avec un stylet instrument *trop fin, trop fuyant*, mais avec une *sonde cannelée*, aseptique, bien entendu.

Cette sonde cannelée sera légèrement recourbée, et elle sera suffisamment enfoncée pour donner le contact de l'engagement intra-osseux, *elle n'ira pas au delà*. Il n'a jamais été dans notre pensée d'aller *sentir* et *percuter* la balle avec cette sonde cannelée, d'*explorer la profondeur du trajet*, ce sont là des manœuvres *inutiles*, *aveugles* et *dangereuses*, contre lesquelles nous protestons avec M. Delorme.

Voilà pourquoi je repousse dans ce cas les explorations électriques.

Ce qu'il faut établir simplement c'est la *pénétration*, c'est-à-dire la *perforation osseuse*.

Je pense que dès que ce diagnostic est établi avec certitude, il faut pratiquer la *trépanation préventive*.

Qu'est-ce donc que cette opération dans les cas auxquels je fais allusion? Fait-on courir quelques risques au blessé parce qu'on agrandit la solution de continuité cutanée, et qu'on élargit la perforation osseuse? Sur ce point je ne rencontrerai aucun contradicteur; je rassurerai même M. Delorme sur les difficultés de la trépanation qu'il vous signalait tout à l'heure. Avec un petit trépan à manivelle, avec la pince-gouge de M. Lannelongue, vous aurez vite élargi et régularisé la brèche osseuse, sans avoir à vous inquiéter des éraillures à la dure-mère, laquelle est, d'ailleurs, le plus souvent perforée.

Les avantages de cette pratique sont immédiats; ils peuvent se résumer ainsi :

1° *Extraction des esquilles, des corps étrangers, des cheveux, etc.*
2° *Ablation des fragments de la balle, lorsqu'on les rencontre.*
3° *Évacuation du foyer intra-cérébral.*
4° *Désinfection et drainage possible de ce foyer, si l'on soupçonne une inoculation.*

I. — Il y a un point sur lequel nous sommes tous d'accord, à part M. Berger : c'est la présence d'esquilles dans les foyers traumatiques par balle de revolver. M. Delorme vous a communiqué ses intéressantes expériences, qui ne laisseraient aucun doute à ce sujet, si nous n'avions des faits nombreux observés sur le vivant, et rapportés dans les *Bulletins* de cette Société. Je pourrais vous

montrer les esquilles que j'ai retirées chez mon opéré. M. Prengrueber en a rencontré dans l'observation si importante qu'il nous a rapportée (26 mai 1886). M. Marvaud (janvier 1876) trouve, quatorze jours après un coup de feu, des esquilles qui irritaient la dure-mère. Notre collègue, M. Delorme (29 juin 1892), n'a-t-il pas trouvé aussi quelques fragments déprimés de la table interne.

Certainement, nous aurons à craindre de ne pas enlever *toutes les esquilles*. Quelques-unes auront pu être projetées au loin par le mécanisme que nous faisait connaître M. Delorme, mais cette notion ne saurait constituer une contre-indication. Ces réflexions s'appliquent aux autres corps étrangers qu'on peut rencontrer dans le foyer (cheveux, débris de coiffures) et sur lesquels ont insisté MM. Quénu et Terrier.

II. — L'ablation des *fragments de la balle* est le point en discussion. Il n'a jamais été dans notre pensée d'aller rechercher cette balle avec un stylet, une sonde cannelée. M. Monod a bien voulu rappeler les règles qui, d'après nous, devaient présider à cette exploration : c'est *avec l'œil*, après *grandissement de la plaie dure-mérienne*, qu'il faut chercher la balle ou ses fragments. Si elle n'est pas *immédiatement et facilement accessible dans le foyer traumatique*, il faut savoir borner ses *recherches*.

La balle n'est qu'*un facteur dans la genèse des accidents :* on nous a rappelé, avec raison, qu'elle pouvait être aseptique, s'enkyster, et dans les cas où on ne la trouverait pas, il ne faudrait pas désespérer de la guérison : si on la trouve, on a une certitude en plus, au point de vue de la guérison immédiate et ultérieure.

Je ne puis donc considérer comme des contre-indications à l'intervention les arguments de MM. Le Dentu et Delorme, qui ont insisté sur le *trajet des balles*, la profondeur *de leur pénétration*, leur *réflexion*. Ces notions nous indiquent pourquoi nous ne réussirons pas toujours, mais c'est là toute la valeur de l'argumentation.

M. Terrier a eu bien raison d'insister sur la différence dans la force de pénétration des *revolvers du commerce*. Or nous intervenons le plus souvent pour des plaies produites avec des armes et des projectiles de mauvaise qualité ; la connaissance de ce fait nous permettra d'espérer que la force de pénétration n'a pas été considérable, que la balle s'est fragmentée et que nous en retrouverons les débris.

III. — Il suffit d'avoir vu un de ces foyers intra-cérébraux, produit par une balle de revolver, foyer formé de sang et de matière cérébrale, pour comprendre avec quelle facilité cette bouillie cérébrale s'infectera ; il y a donc grand avantage à évacuer ce terrain

de culture microbien. Après agrandissement de la plaie de la dure-mère, avec une éponge aseptique ou un tampon de gaze iodoformée, il sera bien facile d'exprimer avec douceur le contenu de ce foyer et de l'aseptiser, si on a des raisons de le croire déjà infecté.

IV. — J'attache une grande importance au drainage du foyer. A ce propos, je vous rappellerai l'observation si importante que nous a citée notre collègue, M. Prengrueber : il pratique la trépanation à un blessé atteint d'une perforation du crâne par balle de revolver; il retire une esquille et voit céder les accidents paralytiques ; mais, quelques semaines plus tard, ce blessé, qui semblait guéri, succombe à des accidents cérébraux et, au-dessous de la cicatrice, dans la substance cérébrale, M. Prengrueber trouve un foyer de suppuration. Avec une bonne foi à laquelle il faut rendre justice, notre collègue nous rapporte ce fait, si important dans le débat, et regrette de n'avoir pas pratiqué assez longtemps le drainage.

Ce drainage doit donc être longtemps continué, jusqu'à ce qu'on ait la certitude morale qu'il n'y a plus d'infection. C'est dire qu'il faudra surveiller avec un soin scrupuleux la température, le pouls, s'inquiéter des moindres douleurs de tête et surveiller enfin le produit de l'écoulement du drain.

Ainsi donc l'*esquille*, le *cheveu*, le *corps étranger*, le *foyer traumatique*, la *balle ou ses fragments*, interviennent dans la genèse des accidents.

Par la trépanation préventive nous pouvons espérer réduire à néant sinon toujours *toutes*, du moins *quelques-unes* de ces sources d'infection.

A l'heure actuelle, cette pratique ainsi comprise, peut être jugée inoffensive : elle met le blessé à l'abri des accidents immédiats, les combat lorsqu'ils sont contemporains du traumatisme, et prévient enfin les accidents ultérieurs.

M. Monod nous a bien montré par des statistiques empruntées à la littérature étrangère, quel était le sort de ces blessés, *guéris*, avec une balle dans la tête. Et M. Berger lui-même, partisan de l'abstention, ne se méprend pas sur ce pronostic, puisque mon excellent maître lui-même, le 26 octobre 1887, en vous rapportant l'observation de M. le Dr *Geschvind*, nous montrait « *de quelle réserve il fallait user dans le pronostic des blessures de cette nature, lors même qu'elle sont suivies d'une guérison en apparence complète !* »

Je me félicite d'avoir provoqué cette discussion. Après avoir rendu justice à M. Peyrot qui, le premier, a défendu cette pratique

dans cette enceinte, je remercie MM. Monod, Quénu, le professeur Terrier, de l'appui qu'ils m'ont prêté ; je sais aussi que beaucoup de nos jeunes collègues sont partisans de la trépanation préventive.

Je maintiens donc les conclusions suivantes :

Dans les plaies pénétrantes de la voûte et des parties latérales du crâne (orbite et rocher exceptés) par balles de revolver de petit calibre, la *trépanation préventive* (c'est-à-dire même en dehors de toute espèce d'accidents) au niveau de l'orifice d'entrée de la balle, permet : 1° d'enlever les esquilles; 2° d'extraire la balle ou ses fragments (sans qu'on doive les rechercher autrement que par la vue et dans le périmètre de la zône atteinte); 3° facilite l'*évacuation*, la *désinfection* et le drainage du foyer intra-cérébral; 4° et met plus surement que l'expectation à l'*abri des accidents immédiats ou des conditions ultérieures de ces traumatismes.*

Présentation de malades.

M. Bousquet (de Clermont-Ferrand), membre correspondant, présente un malade sur lequel on peut observer un exemple fort net de communication entre les circulations intra et extra cérébrales.

Il s'agit d'un homme de 40 ans qui porte dans la région frontale gauche, à 3 centimètres en dedans de la ligne médiane et à deux travers de doigt au-dessus de l'arcade orbitaire, un battement assez manifeste isochrone au pouls. La compression de toutes les artères périphériques ne diminue en rien ce battement, et au moment où l'on fait baisser la tête au malade, on voit se former une masse du volume d'une petite orange, nettement fluctuante ; il s'agit manifestement d'une communication de la circulation veineuse du diploé ou des sinus, qui se fait par des vaisseaux perforants.

Cet homme porte cette espèce de tumeur depuis l'enfance; elle est congénitale et lui occasionne simplement quelques vertiges. En présence de cette tumeur, que faut-il faire?

Tous les membres de la Société sont d'avis de ne faire aucune intervention, et conseillent simplement au malade de porter une plaque qui comprimera légèrement la région.

M. Berger a présenté, il y a quinze ans, un enfant atteint d'une tumeur veineuse analogue. Comme traitement il a eu recours au port d'une sorte de casque construit par M. Colin et muni d'une pelote permettant la compression de la tumeur.

Le résultat a été satisfaisant, car au bout de quelques années, la tumeur a cessé d'être pulsatile.

M. MICHAUX présente un jeune malade auquel il a fait avec succès la trépanation pour des accidents cérébraux graves consécutifs à une fracture de la voûte du crâne. Au cours de l'intervention, il a ponctionné le cerveau 7 ou 8 fois de suite à 8 et 9 centimètres de profondeur sans déterminer le moindre accident.

M. MOTY. J'ai eu l'occasion d'observer la même tolérance du cerveau dans un cas de plaie pénétrante du crâne par coup de feu où je passai un drain du volume du petit doigt du fond de la cavité orbitaire droite à la partie supérieure de la fosse temporale correspondante.

Le malade qui n'était pas endormi supporta fort bien cette petite manœuvre; je me hâte d'ajouter qu'il s'agissait de la région droite antérieure du cerveau. Je me propose d'ailleurs d'adresser cette observation à la Société de chirurgie.

M. J.-L. CHAMPIONNIÈRE observe qu'il ne faudrait pas s'exagérer la bénignité des ponctions exploratrices faites au hasard et profondément en plein cerveau. Tout dépend de l'endroit où l'on pique.

Présentation de pièces.

M. TERRIER. J'ai l'honneur de vous présenter une pièce d'anastomose de l'estomac avec le commencement du jejunum, anastomose établie à l'aide des boutons métalliques perforés de Murphy.

Voici en résumé l'histoire de cet opéré :

G..., 49 ans, m'est adressé par mon collègue, M. le professeur Hayem, pour être traité chirurgicalement d'une néoformation du pylore volumineuse. Le début du mal date de onze mois; depuis six mois, vomissements fréquents : ni hématémèse ni melœna; douleur à l'épigastre et tumeur.

A son entrée à Bichat, amaigrissement cachectique, peu de vomissements, 18 grammes d'urée en vingt-quatre heures, pas de sucre ni d'albumine.

Le 20 février 1874, aidé de mon collègue, M. Hartmann, je pratique la *gastro-entérostomie*. Il fut facile de trouver une anse voisine du duodénum. L'état du malade étant fort grave, et voulant abréger autant que possible l'opération, j'utilisai un double bouton de Murphy, qui m'avait été adressé de Chicago, et je suivis le manuel opératoire indiqué dans la *Revue de chirurgie*, où se trouve publiée une analyse d'une conférence de Murphy[1]. Le bouton mâle est introduit et fixé dans

[1] *Revue de chirurgie*, 1893, n° 1, p. 328. (Analyse de H. Chaput.)

l'ouverture de l'estomac, le bouton femelle dans celle de l'intestin ; puis la tige mâle est introduite dans la tige femelle et l'opération d'anastomose est terminée. Suture de la paroi à deux étages ; péritoine et aponévroses au fil de soie, peau au crin de Florence. Pansement aseptique pur.

21 février. Le lendemain, rétention d'urine, état général presque sensiblement le même qu'avant l'opération ; toutefois, un peu de faiblesse.

22 février. Affaiblissement du pouls. Pas de symptômes péritonéaux, pas de vomissements.

23 février. L'état général décline et la mort survient le 24 à 8 heures du matin, c'est-à-dire le *quatrième jour*, sans phénomènes péritonitiques et par épuisement.

L'ouverture de la cavité abdominale, faite très peu de temps après la mort, permet de constater l'absence absolue de péritonite.

L'anse intestinale grêle est, comme vous le voyez, complètement unie à la paroi stomacale ; en un seul point, il y a une légère déchirure, mais celle-ci a été faite au moment où l'on a enlevé la pièce anatomique et n'existait pas lors de l'ouverture du ventre.

C'est, je crois, la première fois que ce procédé très rapide, et qui a donné de bons résultats de l'autre côté de l'Atlantique, a été utilisé en France. Il m'a paru répondre au but qu'on se propose, c'est-à-dire *faire vite*, ce qui est une condition de succès. Dans ces interventions, je crois donc le recommander à mes collègues et, en tous cas, attirer leur attention sur l'emploi de cette méthode rapide, utilisable pour la gastro-entérostomie, l'anastomose intestinale et la cholécystentérostomie.

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,
PEYROT.

Séance du 14 mars 1894.

Présidence de M. J.-L. CHAMPIONNIÈRE.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Lettres de MM. JALAGUIER, KIRMISSON et MICHAUX, demandant

un congé d'un mois, et de M. Felizet, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance;

3° a. *Un cas de taille hypogastrique dans lequel la vessie a été distendue par de l'air, quatre-vingt-quinze calculs retirés;* — b. *Quatre cas de tumeur du cerveau, trois tentatives opératoires, deux guérisons opératoires, mort finale dans les quatre.* Deux brochures en anglais, par M. W. W. Keen (de Philadelphie), membre correspondant étranger;

4° *Mémoires et comptes rendus de la Société des Sciences médicales de Lyon*, t. 39, 1891;

5° Un numéro de *Archiv für klinische Chirurgie* contenant un article nécrologique sur Billroth, membre correspondant étranger.

Rapport.

Sur deux observations de hernies gangrénées, du Dr Martinet, de (Sainte-Foy-la-Grande) : 1° *Hernie de la ligne blanche, sphacèle intestinal, suture longitudinale avec inclusion et abandon de l'escarre. Guérison.*—2° *Hernie crurale, gangrène du sac et de l'intestin. Résection totale de 12 centimètres d'intestin. Suture de Lembert. Guérison.*

Rapport par le Dr Chaput.

En novembre dernier, M. Martinet nous a adressé deux observations très intéressantes de hernie gangrenée que nous allons étudier en détail et qui nous donneront l'occasion de passer en revue toute la thérapeutique des hernies gangrenées.

Dans la première observation que je résume, il s'agit d'une hernie sous-ombilicale de la ligne blanche chez une femme de 50 ans. La hernie est très volumineuse, l'étranglement date de cinq jours, on a fait des tentatives inutiles de taxis. Il existe des vomissements fécaloïdes. Symptômes de collapsus.

M. Martinet pratique une longue incision médiane, il s'écoule du sac une grande quantité de liquide brunâtre et fétide.

L'épiploon sphacélé recouvre les anses intestinales; il est d'abord lié et réséqué. Les anses intestinales sont recouvertes de fausses membranes très épaisses qui les agglutinent.

Le décollement de ces adhérences laisse de larges plaques saignant en nappe à la surface des anses intestinales.

L'anse herniée très distendue présente sur sa convexité une bande de sphacèle longue de 9 centimètres et large de 2 centi-

mètres. M. Martinet lui fait subir le traitement suivant : « Une sonde canelée pressant sur la partie malade, la déprime vers l'intérieur de l'intestin. Une suture continue au catgut réunit au-dessus d'elle, sur toute la longueur, la surface péritonéale demeurée relativement saine, qui la borde. L'escarre se trouve ainsi incluse dans la cavité de l'intestin chargé de l'éliminer ». Débridement de l'anneau en bas (1 centimètre d'étendue).

Après toilette du sac, l'épiploon est fixé dans la plaie, et la paroi abdominale est suturée à étages avec un fil continu.

Les fausses membranes qui tapissent le sac n'ayant pu être enlevées, la cavité est bourrée d'iodoforme et des drains sont passés dans des contre-ouvertures latérales à 10 centimètres sur le côté. Glace intus et extra. Guérison rapide.

Je passe rapidement sur quelques points d'importance secondaire. La fixation d'un épiploon douteux dans la plaie me paraît très rationnelle. Le bourrage du sac dans lequel on avait trouvé du liquide fétide et septique était tout indiqué; mais le passage de drains dans des contre-ouvertures latérales, me paraît une précaution inutile.

J'en arrive au traitement de cette escarre si curieuse, longue de 9 centimètres et large de 2 centimètres.

M. Martinet l'a enterrée au fond d'un pli intestinal maintenu par une suture continue au catgut.

L'idée est fort ingénieuse et très rationnelle : qu'il me soit permis de dire qu'un seul étage de suture ne constitue qu'une barrière bien mince et bien aléatoire, et que j'ai beaucoup insisté sur la nécessité de faire deux étages si l'on veut avoir des sutures qui ne lâcheront jamais. Je suis en général partisan de la soie pour les opérations d'intestin (parce qu'elle est facile à stériliser, plus maniable et qu'il est facile d'en mettre une centaine de mètres sur une seule bobine. On ne risque pas de rester à court comme avec les petites bobines de catgut); mais dans un cas comme celui-ci où il s'agissait de sphacèle infecté, l'emploi du catgut présentait théoriquement des inconvénients graves à cause de la facilité avec laquelle il s'infecte.

Même avec une suture à deux étages, on aurait pu craindre que l'altération des parois saines n'aboutît au sphacèle, comme on l'a observé bien souvent à la suite des résections avec entérorraphie, j'aurais donc pour ma part laissé cette anse dehors, en observation entre deux lits de gaze iodoformée, et je ne l'aurais réduite qu'après quarante-huit heures, sûr de sa vitalité et de l'innocuité de sa réintégration.

Le procédé employé par M. Martinet pour enterrer son escarre, a été imité ensuite avec succès par M. Piéchaud, et cet auteur

propose d'appeler la manœuvre en question : *Opération de Martinet.*

Je ne puis malheureusement accepter la proposition de M. Piéchaud, car il s'agit ici d'une manœuvre qui est entrée dans la pratique de presque tous les chirurgiens quand ils se trouvent en présence d'une perforation imminente de l'intestin. Il existe d'ailleurs des textes probants qui démontrent que cette pratique a une origine plus ancienne. Dans la thèse de Barette il est dit, que Daviers en 1869, que Bœckel en 1875, ont employé le même procédé dans des cas analogues. Dans un travail de Dayot, paru en 1891, sur la hernie étranglée, nous trouvons une observation identique. Enfin, en Allemagne on a donné, un peu trop vite aussi, le nom de méthode de *Lindner* (1891) à la pratique en question.

Le seconde observation est relative à une femme de 58 ans, présentant une hernie crurale étranglée depuis le 25 août; on fait un taxis le 25 et le 27 août, malgré une réduction partielle, les phénomènes d'occlusion persistent; l'opération est faite le 30.

Le chirurgien trouve un sac sphacélé sur une étendue de 6 centimètres; l'anse intestinale brunâtre est perforée en plusieurs points. Résection du sac, débridements multiples de l'anneau. L'anse est attirée au dehors; elle est sphacélée jusqu'au mésentère, dans l'étendue de 10 centimètres. Avec une légère traction on détache l'anse des parties saines et on la décolle facilement du mésentère. La plaie mésentérique est régularisée aux ciseaux, il se produit une hémorragie veineuse abondante qu'on arrête par compression. On rapproche par des sutures au catgut les bords de la plaie mésentérique. Quant au procédé de suture de l'intestin, il est décrit sommairement par ces trois mots : « Suture de Lembert ».

Après réduction de l'anse un flot de liquide fécaloïde s'élance du péritoine. Lavage du péritoine par l'anneau avec une solution antiseptique non désignée. La plaie est laissée ouverte.

Les jours suivants il s'écoule des gaz et des matières par la plaie mais la fistule stercorale guérit spontanément en quelques jours. Le 17 septembre, la plaie est fermée.

La convalescence a été troublée par des suppurations à distance; le 29 septembre, on incise un énorme abcès de la région dorsale gauche contenant du pus fétide et des lambeaux de tissu cellulaire mortifié.

Le 4 octobre, incision d'un gros abcès identique de la région trochantérienne gauche. Enfin, le 9 octobre menace de suppuration à la région dorsale droite. Résolution. Guérison maintenue depuis quatre ans. L'intestin continue à bien fonctionner.

Cette observation est très intéressante à plusieurs points de vue. Je note d'abord qu'on a fait du taxis le 25 et le 27 août; que le der-

nier taxis n'a provoqué qu'une réduction partielle. M. Martinet n'a été appelé que le 30 et il a opéré immédiatement. Cela me met fort à l'aise pour dire qu'il est absolument contre-indiqué de pratiquer des séances répétées de taxis. Actuellement la majorité des chirurgiens s'accordent, avec notre collègue M. Berger à dire qu'en présence d'une hernie étranglée, le taxis est formellement contre-indiqué si l'étranglement date de vingt-quatre heures, et si la hernie est très tendue. On peut faire une tentative de taxis sans chloroforme, mais avec une hernie tendue et récente il est de règle de n'essayer la réduction que dans le sommeil chloroformique.

On ne doit procéder au taxis qu'après avoir pris toutes les précautions pour opérer immédiatement si la réduction n'est pas obtenue. Ces notions sont courantes pour les chirurgiens de profession mais elles n'ont pas encore suffisamment pénétré dans l'esprit des praticiens, c'est pourquoi j'y insiste au risque de paraître banal.

Un fait que j'ai observé récemment me semble devoir conduire à la proscription absolue du taxis en quelque circonstance que ce soit :

Il y a quelques semaines, j'étais appelé comme chirurgien de garde dans le service de mon collègue et ami M. Schwartz, pour un homme de 50 ans, porteur d'une hernie inguinale droite qui avait déjà été réduite en ville mais qui était sortie de nouveau.

Je trouvai une hernie molle et peu tendue, de telle sorte que je me décidai à faire du taxis sans chloroforme ; après quelques pressions l'intestin gargouilla, puis la réduction se fit facile et complète avec une netteté telle que je n'eus pas la moindre arrière-pensée. Un spica fut appliqué. Le lendemain les vomissements ayant continué, M. Rieffel trouva la hernie reproduite et opéra. Il trouva un étranglement serré et une anse gangrenée.

Il établit un anus contre nature, mais le malade mourut d'épuisement au bout d'une dizaine de jours. Il est probable que j'ai eu affaire à une sorte de hernie propéritonéale et que j'ai réduit l'intestin dans le sac intra-abdominal. Quoi qu'il en soit cet homme n'aurait pas eu de gangrène et ne serait pas mort si j'avais opéré au lieu de faire le taxis. Je me suis donc fixé pour l'avenir la règle suivante de ne plus jamais faire de taxis dans aucun cas pour éviter les accidents comme celui que je viens de rapporter.

M. Martinet s'est contenté de réséquer l'anse malade sans empiéter sur les parties saines ; cette pratique présente des inconvénients sérieux car les lésions du bout supérieur sont souvent considérables et aboutissent à la perforation ou à la gangrène ultérieure ; il est donc indispensable de réséquer une certaine étendue des deux bouts de manière à opérer en tissus absolument sains.

La technique de la suture intestinale a été décrite un peu trop

sommairement en ces termes « suture de Lembert » ; l'auteur n'ayant pas ajouté « suture à deux étages », j'en conclus qu'il n'a été fait qu'un seul rang de suture et je répéterai ce que je disais plus haut qu'on n'a pas la moindre garantie avec un seul étage. En effet, quand le fil est noué les surfaces au contact se réduisent à 1 ou 2 millimètres, quand même l'aiguille aurait chargé 1 centimètre de tissus. Aucun chirurgien ne croirait avoir réuni un tendon, un nerf ou un muscle avec une suture qui n'aurait fourni que 2 millimètres de contact. La suture à deux étages est donc indispensable ; et si elle est efficace c'est surtout parce que la zone qui sépare les deux étages se réunit aussi vite que les tissus compris dans les sutures. Cette zone est beaucoup plus étendue que la région comprise dans les sutures et c'est elle qui constitue la barrière la plus solide contre la filtration des matières.

Pour éviter le rétrécissement ultérieur, je conseille de réunir les muqueuses, soit comme Czerny en passant l'aiguille immédiatement sous la muqueuse, soit en la traversant directement près de sa tranche, avec les fils de la première rangée.

Si la suture à deux étages avec large zone intermédiaire est à peu près infaillible et constamment suffisante, elle expose au rétrécissement valvulaire immédiat signalé par notre distingué collègue Bouilly dans ses remarquables travaux sur la résection de l'intestin. C'est pour éviter cet inconvénient que je conseille d'employer la suture circulaire avec fente que j'ai décrite dans mon *Manuel* en 1891. Je reviendrai plus loin sur la technique de cette opération.

La preuve du bien fondé de ma remarque relative à l'insuffisance de la suture à un seul étage, nous est donnée par la suite de l'observation dans laquelle il est dit que les jours suivants il s'écoula par la plaie des gaz et des matières. Il se développa une fistule stercorale qui heureusement s'est dirigée vers la peau au lieu de déverser ses produits dans le péritoine, mais le malade n'en a pas moins couru des risques considérables.

Le débridement de l'anneau a été multiple et peu prononcé. Il est utile dans les hernies gangrenées de faire un débridement très large ; il est préférable de faire remonter l'incision sur l'abdomen et d'attaquer l'anneau de dehors en dedans, plutôt que de dedans en dehors afin de ne pas achever une perforation imminente.

Le débridement permet de laver le péritoine souvent infecté ; si on fait l'entérorraphie on peut réduire plus facilement l'intestin épaissi par les sutures ; et si l'on établit l'anus contre nature on évite la compression du bout inférieur dont j'ai constaté deux fois l'oblitération provoquée par la pression d'un anneau étroit sur un intestin dont la muqueuse était ulcérée ou desquamée.

M. Martinet a réduit son anse suturée, à l'exemple de la majorité des chirurgiens ; je crois cependant que cette pratique est défectueuse, car si les deux bouts sont sains en apparence, ils sont cependant altérés très souvent et à une distance considérable de la région étranglée. Ces altérations compromettent la réunion, facilitent la section des tissus par les sutures, c'est pourquoi je conseille de maintenir l'anse suturée au dehors entre deux couches de gaze iodoformée. Si au bout de quarante-huit heures l'anse reste saine et les sutures suffisantes on peut réduire sans crainte.

Après la réduction, l'auteur a vu s'échapper par l'anneau un flot de liquide fécaloïde provenant sans doute d'une perforation du collet ; il a fait un lavage sommaire du péritoine, n'ayant plus qu'une quantité insuffisante de liquide antiseptique à sa disposition. Je remarque en passant que le lavage à travers l'anneau étroit est difficile à faire, et qu'il peut rompre les adhérences protectrices ; il est plus facile à réaliser quand on a fait un large débridement remontant sur la paroi abdominale.

La plaie fut laissée ouverte et bourrée d'iodoforme ; j'approuve tout à fait cette conduite ; j'aurais en outre drainé le péritoine avec des mèches iodoformés ou un gros tube à drainage.

La malade présenta pendant sa convalescence plusieurs abcès métastatiques contenant du pus fétide et des lambeaux de tissu cellulaire sphacélé ; à ces caractères, nous reconnaîtrons les suppurations produites par le bactérium coli... Il s'agit ici d'infections à distance, liées aux lésions septiques du péritoine, plutôt qu'au transport de caillots septiques provenant des veines mésentériques trombosées. Si cette dernière hypothèse était vraie, les accidents auraient été plus précoces et la malade aurait présenté des accidents pulmonaires : embolie, congestion, crachements de sang qui ont manqué.

L'observation du Dr Martinet soulève encore une des questions les plus difficiles de la thérapeutique chirurgicale :

En cas de hernie gangrenée, vaut-il mieux faire la résection et la suture intestinale que l'anus contre nature.

Avant de répondre à cette question, je dois rappeler les dangers multiples qui menacent les malades atteints de hernie gangrenée. Les travaux de Nepveu et Verneuil (1864), Garré, Bönnecken, Clado ont montré le passage des microbes à travers les parois intestinales et leur prolifération dans le liquide du sac herniaire ; si Garré et Clado, contrairement à Bönnecken, nient ce passage dans les premières périodes de l'étranglement, tous sont d'accord pour l'admettre dans les cas de hernies gangrenées. Du sac les microbes gagnent l'abdomen au niveau de l'anneau... Le péritoine se trouve aussi infecté par un autre procédé ; le bout supérieur

altéré, parfois gangrené, laisse aussi transsuder les bactéries qu'il contient. L'infection péritonéale est donc réalisée par définition dans tous les cas de hernie gangrenée, mais elle est assez fréquemment curable si le pouvoir de résorption du péritoine est assez puissant pour détruire les germes.

Les microorganismes envahissent constamment l'appareil circulatoire, résorbés qu'ils sont par le sac, par le péritoine et par la muqueuse altérée du bout supérieur. Cette septicémie intestino-péritonéale, bien étudiée par Verchère, est des plus graves, elle dissémine les germes dans tous les viscères et produit entre autres lésions de la pneumonie et de la néphrite qui contribuent d'une manière redoutable à l'évolution des accidents mortels.

La pneumonie, bien étudiée par Verneuil en 1869 et par son élève Ledoux, peut encore se produire par un autre mécanisme ; ou bien c'est une pneumonie de déglutition causée par l'introduction dans les voies aériennes des vomissements fécaloïdes (Lesshaft), ou bien elle est provoquée par des embolies septiques provenant des veines mésentériques trombosées, mécanisme indiqué par Gussenbauer et Piétrzikowski. G. Roux, 1886, pense que les accidents pulmonaires sont d'origine réflexe ; dans ses expériences, les poumons restaient intacts quand on sectionnait le grand sympathique. L'influence nerveuse ne saurait être niée, elle ajoute son action à celle des bactéries et favorise leur développement en congestionnant l'appareil respiratoire.

Avec les lésions constantes et fatales du péritoine, avec l'envahissement de l'appareil circulatoire, on s'étonnera que la mort ne soit pas la terminaison constante et fatale des hernies gangrenées, traitées ou non. Effectivement, la mortalité générale est très grande, et si certains auteurs ont publié des statistiques brillantes de résection avec suture intestinale, on peut affirmer qu'ils ont été servis par le hasard et qu'on ne doit pas compter sur des succès habituels quel que soit le procédé opératoire qu'on adopte... On peut comparer les procédés de traitement des hernies gangrenées aux méthodes employées pour combattre la pyohémie, méthodes qui échouent dans l'immense majorité des cas parce que le malade est perdu d'avance et que rien ne peut le sauver.

Ces réserves faites, examinons les avantages et les inconvénients comparés de l'anus contre nature et de la suture intestinale.

L'établissement d'un anus contre nature pour une gangrène herniaire est une opération des plus simples que tout praticien peut faire. Il est inutile d'avoir une installation chirurgicale luxueuse, des instruments compliqués ou des aides expérimentés. Avec des aiguilles de trousse et quelques instruments usuels il est facile d'exécuter cette opération, même sur un malade non endormi.

L'opération est courte, elle ne fatigue pas le patient. Elle présente l'avantage considérable de vider rapidement le bout supérieur dont les produits contribuent à empoisonner l'organisme ; enfin elle remédie très efficacement aux phénomènes de paralysie intestinale qu'on observe souvent à la suite de la kélotomie.

Mais voici venir les inconvénients : l'écoulement des matières provoque fréquemment un phlegmon grave de la région du sac qui peut inoculer le péritoine, provoquer des suppurations sous-péritonéales graves, occasionner des tromboses septiques de la veine fémorale avec embolie pulmonaire mortelle, comme c'est arrivé à Mikulicz.

Les malades meurent souvent d'épuisement occasionné par la déperdition excessive des matières, non seulement quand l'orifice occupe un siège élevé dans l'intestin, mais aussi quand il est situé assez près du cœcum.

L'anus artificiel ne met pas à l'abri de certaines complications qu'on a l'habitude de reprocher à la suture intestinale ; dans une observation de Chapplain, communiquée à la Société de chirurgie en 1859, malgré l'établissement d'un anus contre nature, il se fit en un autre point de l'intestin une perforation du bout supérieur qui provoqua la formation d'un anus artificiel dans un autre endroit.

Dans une observation de English (1890), il s'agissait d'une hernie obturatrice traitée par l'anus contre nature, le malade mourut d'une perforation du bout supérieur.

Chez un malade de Mikulicz il y eut une coudure du bout supérieur au voisinage de l'anneau qui contribua, avec un phlegmon herniaire grave, à l'issue fatale.

Dans un cas de Bouilly, le bout supérieur resté dans la plaie se sphacéla et compromit la vie du malade.

La mortalité de cette opération est considérable. D'après Franks, elle s'élève à 80 0/0 ; pour Lockwood, à 88 0/0. Mikulicz, sur 94 cas appartenant à divers opérateurs, indique 72 morts (76 0/0) ; sur 7 cas qui lui sont personnels, il a eu 7 morts, dont 2 d'épuisement, 1 par suppuration enkystée du bassin provenant du sac, 1 par phlegmon intrapéritonéal avec trombose de la veine fémorale et embolie pulmonaire, 1 enfin par phlegmon herniaire avec coudure du bout supérieur ; 2 morts sont indépendantes du procédé opératoire (péritonite antérieure), mais les 5 autres décès sont le résultat de l'opération elle-même.

Dans cette statistique, la mortalité due au procédé opératoire est de 71 0/0, la mortalité inévitable 28 0/0. Le chiffre de la mortalité inévitable est certainement trop peu élevé, car il est presque certain que plusieurs des morts liées au procédé opératoire auraient

également eu lieu si l'on avait fait la suture intestinale. Quand le malade a échappé aux accidents primitifs, il reste affligé d'une infirmité dégoûtante, qu'on ne peut guérir que par une série d'opérations graves ou répétées.

La statistique de Mikulicz me paraît trop sombre relativement à la mortalité du procédé. J'ai fait 7 anus contre nature avec 1 guérison et 6 morts (85 0/0). 4 malades sont morts de collapsus (57 0/0 de mortalité inévitable), 2 autres moururent tardivement de phlegmon herniaire et d'épuisement (28 0/0 de mortalité due au procédé).

La résection suivie de suture intestinale ne présente pas les mêmes inconvénients ; quand le malade y survit, il est guéri complètement et en quelques jours sans avoir à redouter le phlegmon herniaire, l'épuisement par inanition, ni les inconvénients d'une infirmité nécessitant une série d'opérations ultérieures. J'ajoute que la mortalité de la suture est très inférieure à celle de l'anus contre nature. Mikulicz réunissant les statistiques personnelles de Czerny, Riedel, Kocher, Hagedorn, Hahn, Poulsen et Mikulicz arrive à un total de 64 cas avec 32 morts (50 0/0). La statistique personnelle de Mikulicz est plus brillante encore; sur 21 cas, il accuse seulement 7 morts (33 0/0).

A dire toute ma pensée, ces chiffres sont trop beaux pour être l'expression exacte de la vérité, non pas que je veuille mettre en doute la probité scientifique des hommes éminents que je viens de citer; je veux seulement dire que tous ces opérateurs réservent habituellement les meilleurs cas à la suture et les plus mauvais à l'anus contre nature. L'une des deux statistiques est trop belle, l'autre est trop poussée au noir.

La suture intestinale, en effet, ne peut supprimer les dangers de la septicémie généralisée que nous avons signalés plus haut; et, de plus, elle présente en propre des inconvénients très sérieux que nous allons maintenant signaler.

La suture intestinale donne un écoulement moins facile aux matières que l'anus contre nature ; elle augmente la tension intra-intestinale d'autant plus efficacement qu'elle rétrécit l'intestin par la production d'une valvule sur les inconvénients de laquelle Bouilly, Barette et moi-même avons beaucoup insisté.

Au niveau du point rétréci, la ligne de réunion facilite la coagulation et l'arrêt du mucus intestinal, du lait ingéré dans l'intestin, il en résulte dans certains cas une occlusion véritable qui tue les malades.

L'augmentation de la tension intestinale empêche dans une certaine mesure la rapide évacuation du contenu septique de l'intestin; elle le distend et parfois à tel point que les sutures

coupent les tissus et que les matières s'échappent, soit dans le péritoine, soit au dehors. Cet incident est si fréquent que, sur 49 observations réunies par Barette, il s'est produit 9 fistules stercorales et 2 morts par sutures insuffisantes.

Cette tension excessive facilite encore la production des perforations spontanées du bout supérieur signalées par Nicaise, Labbé, Cornil et par moi-même dans une observation de résection et suture circulaire communiquée en 1890 à la Société anatomique.

Très souvent, les sutures se font en tissus sains en apparence, mais altérés histologiquement ; la réunion se trouve alors compromise, les fils coupent les tissus et souvent la gangrène envahit secondairement la région opérée, comme j'en ai observé un exemple personnel. La gangrène secondaire de la région suturée a été aussi observée par Kocher, Tändler, et 2 fois par Mikulicz.

D'après Gravitz, les plaies et lésions du péritoine facilitent l'infection de cette séreuse en fournissant aux microbes des caillots et des surfaces anfractueuses qui favorisent leur développement. A ce point de vue encore, la suture présente des inconvénients sérieux. On fait encore un dernier reproche à la suture : elle serait difficile, longue, réclamerait des aides instruits, un milieu convenable et une instrumentation spéciale.

En réalité, l'exécution de la suture est des plus simples, on peut la faire partout, même sans aides, au besoin avec une simple aiguille de couturière.

Dans la statistique de Barette, sur 49 cas de résection primitive, on compte 23 morts (47 0/0). En analysant les observations, on constate que la mort a été indépendante de l'opération dans 15 cas (6 cas de collapsus, 1 asphyxie par introduction des vomissements dans la trachée, 7 péritonites sans perforation, dont 1 par indigestion 1 mort par diarrhée persistante 1 occlusion par bride). Dans 7 autres cas, la mort a été le résultat de l'opération elle-même ; on constate, en effet, 1 cas de rétrécissement valvulaire et de coudure de l'intestin, 1 mort par fistule stercorale, 1 par coudure intestinale, 2 sutures insuffisantes, 2 gangrènes secondaires.

Il y a donc 16 morts inévitables sur 49 cas, soit 32 0/0 de mortalité inévitable et 14 0/0 de morts causées par le procédé opératoire.

Dans la statistique personnelle de Mikulicz, où la technique opératoire a été bonne, on compte 7 morts pour 21 sutures. Les 7 morts ont été causées : 2 fois par la péritonite antérieure à l'opération, 1 fois par collapsus, 2 fois par gangrène secondaire, 1 fois par coudure de l'anse opérée, 1 fois par suture perforante

sur un intestin friable. En résumé, 3 morts inévitables (14 0/0) et 4 morts causées par le procédé opératoire (19 0/0).

Si on compare la mortalité inévitable de la statistique de Barette à celle de Mikulicz (32 0/0 dans un cas et 14 0/0 dans l'autre), on trouve la confirmation de ce que je disais plus haut, à savoir que Mikulicz est tombé dans une série favorable et qu'il a choisi ses cas. Quant à la mortalité du procédé, elle est plus forte chez Mikulicz que chez Barette (19 0/0 chez le premier et 14 0/0 chez le second).

En résumé, la mortalité due aux procédés opératoires s'élève à 28 0/0, d'après mes observations d'anus contre nature, et à 14 et 19 0/0 seulement dans les sutures de Barette et Mikulicz.

Donc, en tant qu'opération, la suture intestinale est préférable à l'anus contre nature. Il est probable qu'en perfectionnant la technique, on arrivera à réduire la mortalité de la suture au chiffre des accidents inévitables.

Examinons maintenant comment on pourrait réduire au minimum les dangers inhérents à l'opération de la suture intestinale.

Les desiderata de la suture sont relatifs à la tension qu'elle provoque, à l'insuffisance fréquente des sutures, au rétrécissement valvulaire, à la fréquence relative des perforations spontanées, des coudures et de la gangrène secondaire.

La suture circulaire classique, qui a été presque constamment employée, exposé en effet au rétrécissement, si on exécute deux rangées de sutures, et à l'insuffisance des sutures avec un seul étage de points.

M. Bouilly a imaginé son procédé de suture mixte qui consiste à laisser ouverte une partie de la suture circulaire qu'on fixe à la peau, de façon à produire, de parti pris, une fistule stercorale qui guérit ensuite spontanément. On combat ainsi efficacement la tension intestinale excessive et les dangers de l'insuffisance des sutures.

Les premières opérations de Bouilly n'ont pas été heureuses, mais Dayot a publié, en 1891, un beau succès obtenu par ce procédé.

Malheureusement, il est à craindre que la fistule ne s'agrandisse au lieu de se fermer et n'aboutisse à la formation d'un véritable anus contre nature. J'ai trouvé la confirmation de cette objection, que j'avais formulée *a priori*, dans une observation de Mikulicz; le procédé de notre collègue avait été employé, et la fistule s'agrandit au point de former un anus complet qui nécessita ultérieurement une résection secondaire suivie de guérison.

Mikulicz pense éviter le rétrécissement en sectionnant les deux

bouts obliquement, mais je dois dire que l'augmentation de calibre réalisée par cette pratique est tout à fait insignifiante.

A. Lane a employé dans deux cas, avec succès, l'entérorraphie par anastomose de Senn avec des plaques ou des anneaux de caoutchouc. Cette méthode est plus avantageuse que les précédentes, mais elle est dangereuse quand on emploie les plaques de Senn qui sont très défectueuses, et elle est très longue d'exécution quand on emploie les sutures pour l'anastomose et pour l'oblitération des deux bouts.

Pour remédier à la gangrène secondaire et aux perforations spontanées, Mikulicz conseille de réséquer une grande étendue du bout supérieur de façon à opérer en tissus sains. Il conseille, en outre, de drainer la plaie et le péritoine avec de la gaze iodoformée entourant toute la région suturée. Malgré ces précautions, malgré la résection d'une grande quantité d'intestin (jusqu'à 60 et 80 centimètres), Mikulicz a eu deux morts par gangrène secondaire et une autre par insuffisance des sutures sur un intestin friable. Quant à la coudure, on n'a rien trouvé de plus rationnel pour y remédier que de laisser l'intestin non réduit, comme le font Bouilly et Poncet.

Pour éviter les inconvénients de la suture circulaire classique, je conseille d'employer la suture circulaire avec fente que j'ai décrite dans mon *Manuel*.

Voici comment s'exécute cette opération :

On commence par placer un point de suture séro-muqueuse à l'insertion du mésentère et un autre à l'opposite, sur le bord convexe de l'intestin. On réunit la demi-circonférence postérieure de l'intestin comme dans le procédé classique. On fait ensuite sur la demi-circonférence antérieure et sur chaque bout, une fente longitudinale de 2 à 3 centimètres, située à égale distance entre le mésentère et le bord convexe. Chaque fente détermine la production de deux lambeaux triangulaires dont j'excise les sommets flottants. L'aspect de la solution de continuité devient alors celui d'un losange dont je suture les bords contigus. On renforce la première rangée de sutures par un deuxième étage de Lembert.

Grâce à la fente en question, on n'a pas à compter avec la disproportion de calibre des deux bouts, on augmente tellement l'orifice de communication que l'intestin présente au niveau de la suture un diamètre plus considérable que son diamètre normal.

Par ce procédé, on évite à coup sûr les inconvénients d'une tension exagérée. La suture avec fente a déjà fait ses preuves. Duchamp, de Saint-Étienne, en a publié deux succès dans la thèse de son élève Marin. Le Dr Le Grix a fait paraître l'an dernier une

observation de guérison par la même méthode, qu'il pense d'ailleurs avoir inventée.

Enfin, mon élève et ami, Beaussenat, a exécuté, avec mon autorisation, une suture circulaire avec fente dans un cas de hernie gangrenée, la malade a guéri parfaitement. Il existe aussi plusieurs observations de guérison d'anus contre nature par ce procédé.

Nous avons dit plus haut qu'avec la suture on avait à redouter la gangrène secondaire, les sutures insuffisantes ou la perforation spontanée du bout supérieur.

Je crois qu'il est facile de rémédier à ces dangers. En effet, la gangrène secondaire ne dépasse jamais la région suturée et les perforations spontanées sont toujours à une faible distance de la suture ; on sera donc absolument garanti contre ces inconvénients en ne réduisant pas l'anse suturée. Si la gangrène survient, si les sutures sont insuffisantes, le pire qui puisse arriver, c'est l'établissement d'une fistule stercorale, spontanément curable, ou, à la rigueur, d'un véritable anus contre nature dont la guérison spontanée est presque certaine, puisque, grâce à la fente que je conseille, l'éperon se trouve supprimé par définition. La non réduction de l'anse évite encore la coudure du bout inférieur qu'on a observée plusieurs fois avec la suture circulaire classique. Je ne saurais donc assez recommander cette pratique. L'anse suturée sera maintenue en observation pendant quarante-huit heures ; si, au bout de ce temps, elle reste saine, on peut la réduire sans arrière-pensée.

Avec Mikulicz, je recommande de faire un large débridement de l'anneau herniaire dans les cas de gangrène. Il faut prolonger l'incision sur l'abdomen, débrider l'anneau et le collet de dehors en dedans. On évite ainsi de compléter, comme dans le débridement classique, une perforation imminente du collet ; on peut aussi laver et drainer le péritoine et pratiquer la suture en dehors de la région infectée du sac.

Je n'approuve en aucune façon la pratique de Hahn qui exécute la laparotomie médiane et attire dans cette nouvelle plaie les deux bouts d'intestin pour en faire la suture tout à son aise. Le passage des deux bouts infectés à travers le péritoine expose à de graves dangers d'inoculation de la séreuse.

En résumé, voici la marche de l'opération telle que je la conseille : Faire une incision empiétant sur l'abdomen, ayant son milieu au niveau du collet du sac; ouvrir le sac, constater la gangrène, laver largement les parties malades avec une solution antiseptique; l'opérateur a évité soigneusement de se souiller les doigts et il met de côté les instruments infectés.

On débride alors l'anneau et le collet, de dehors en dedans, et on attire l'anse au dehors.

On résèque bien au-delà de l'anse étranglée, de façon à n'opérer qu'en tissus sains.

On exécute la suture circulaire avec fente.

On lave le péritoine, s'il y a lieu, avec une solution salée, stérilisée à 7 grammes pour 1,000, on draine le péritoine avec une mèche de gaze salolée pour éviter l'intoxication par l'iodoforme, et on maintient en dehors l'anse opérée entre deux lits de gaze iodoformée.

On extirpe enfin le sac gangrené et on bourre la région herniaire d'iodoforme.

Pour éviter l'issue d'une grande quantité d'intestin, il sera bon de suturer la plaie provisoirement par dessus le tamponnement iodoformé, ainsi que le conseille Mikulicz.

On évitera de comprimer trop fortement l'anse suturée, afin de ménager sa vitalité et la circulation des matières.

Au bout de quarante-huit heures, si l'anse est saine, on la réduira entre deux mèches de gaze salolée et on fera la suture des parois abdominales.

L'opération peut s'exécuter tout entière sans chloroforme ; à la rigueur, on peut employer l'anesthésie à la cocaïne ou à l'éther, que je crois beaucoup moins redoutables que le chloroforme pour ces sortes de malades. J'ai vu bien souvent, en effet, des malades atteints de hernie étranglée ou d'occlusion, présenter un bon état général et un pouls vigoureux ; après une opération sous chloroforme, très simple et très courte, telle que l'anus contre nature, le pouls devenait insensible et le malade mourait de collapsus en quelques heures; je crois donc devoir renoncer au chloroforme pour les opérations de hernie gangrenée.

Pour terminer ces considérations sur la suture, je rapporterai une observation personnelle et inédite de hernie gangrenée traitée par la résection et la suture avec fente, et suivie de guérison.

La suture intestinale me paraît être la méthode de choix dans le traitement des hernies gangrenées, puisqu'elle est plus bénigne et qu'elle guérit d'emblée les malades, à l'inverse de l'anus contre nature. Il est permis d'y renoncer quand les malades présentent un état de collapsus grave ou une péritonite déclarée ; il est formellement indiqué de s'en dispenser quand on n'a pas l'expérience nécessaire. Avant de terminer cette trop longue communication je rapporterai un fait personnel de hernie gangrenée par résection et suture losangique.

On se contentera alors de l'anus contre nature.

Cette dernière opération sera conduite de la façon suivante : longue

incision empiétant sur l'abdomen, débridement de l'anneau et du collet de dehors en dedans, résection de l'anse gangrenée et des parties voisines altérées. Lavage du péritoine s'il y a lieu. On suturera les deux bouts en canon de fusil dans la partie supérieure de la plaie, on extirpera le sac gangrené et on bourrera d'iodoforme.

J'insiste sur la nécessité de débrider largement l'anneau, car j'ai vu dans deux cas le bout inférieur s'oblitérer complètement sous l'influence de la pression exercée par l'anneau et des adhérences de la muqueuse ulcérée ou desquamée.

Lorsque la gangrène est peu étendue et que les tissus voisins sont sains, on peut se contenter de suturer l'anse à la peau sans la réséquer.

Dans les cas d'abcès stercoral, il suffit parfois d'une simple incision du sac, lorsque l'écoulemeut des matières se fait de lui-même. Le débridement est alors inutile, et il vaut mieux ne pas le faire, pour ne pas détruire les adhérences protectrices.

Si le malade présente au bout de quelques jours un bon état général, on procédera à la cure de son anus contre nature, non pas par l'entérotomie, dangereuse à cette période; non pas par la résection, qu'il est difficile d'exécuter aseptiquement; mais par l'entéro-anastomose des deux bouts avec ligature au-dessous à la gaze iodoformée. Je compte d'ailleurs développer ce thème dans une prochaine communication.

Il nous reste à examiner la conduite à tenir dans les cas de petites lésions et dans les cas douteux.

Dans les cas douteux, c'est toute une anse dont la vitalité paraît compromise ; nous ferons alors avec notre collègue Richelot la kélotomie sans réduction et nous réduirons au bout de quarante-huit heures si la vitalité s'affirme.

S'il existe une érosion, un amincissement inquiétant, on enterrera le point suspect sous un double étage de sutures séro-séreuses et on gardera l'intestin en observation pendant quarante-huit heures.

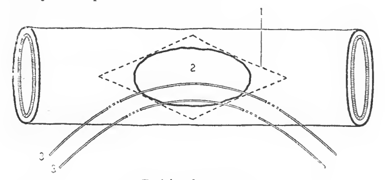
S'il existe de la gangrène confirmée avec ou sans perforation, la lésion peut être petite, longue ou large. Si la lésion est petite, on la fera disparaître sous un double étage séro-séreux ; si elle est longue, on l'enterrera au fond d'un pli maintenu par des sutures comme l'a fait M. Martinet.

Lorsque la lésion est étendue en largeur sans occuper toute la circonférence de l'intestin, la plupart des chirurgiens exécutent la résection de toute l'anse; je crois qu'on peut opérer plus simplement et plus économiquement lorsque les tissus voisins sont en bon état.

Je conseille en pareil cas de faire une incision losangique de l'intestin, mesurant 4 à 5 centimètres dans son grand diamètre,

comprenant l'escarre ou la perforation. En suturant les bords contigus du losange, on oblitère la solution de continuité, tout en ménageant une très large communication entre les deux bouts.

L'anse suturée ne devra pas être réduite, on la tiendra en observation pendant quarante-huit heures.



Excision losangique.

1. Tracé de l'excision losangique. — 2. Escarre ou perforation. 3. Passage des fils.

J'ai pratiqué cette opération de l'excision losangique au cours d'une laparotomie pour fibrome dans laquelle l'intestin fut largement déchiré ; et je puis affirmer que l'opération est facile et très pratique ; je pense qu'on l'appliquerait très avantageusement aux larges plaies de l'intestin.

Hernie inguinale étranglée et gangrenée. Résection de 20 centimètres d'intestin. Entérorraphie circulaire avec fente. Réduction. Guérison, par MM. Chaput, chirurgien des hôpitaux, et M. Beaussenat, interne des hôpitaux.

Il s'agit d'une femme de 46 ans ayant eu trois enfants. La hernie s'est développée à l'occasion de son premier accouchement, il y a vingt-cinq ans. La hernie a toujours été petite et facilement réductible.

Le 17 septembre 1892, après un copieux repas, et en état de légère ébriété, la malade prit part à une dispute sur la voie publique. En voulant protéger un de ses enfants menacé d'un coup de bâton, elle fit un violent effort et ressentit aussitôt une vive douleur au niveau de sa hernie. On dut la transporter chez elle, et elle n'eut plus, à partir de ce moment, ni selles ni gaz par l'anus.

Un médecin, appelé le jour même, tenta un taxis de près d'une heure sans résultat.

Le lendemain, nouveau taxis d'une demi-heure sans résultat. La malade arrive à l'hôpital à minuit. Elle avait eu dans la journée trois vomissements.

A l'entrée, la malade a les traits tirés et gémit constamment. Elle se plaint d'une douleur très vive dans le ventre.

Dans l'aine droite, existe une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, recouverte d'une peau qui présente une couleur érysipélateuse et très chaude. La tumeur est dure, tendue, douloureuse et mate.

La malade est opérée par M. Beaussenat, avec l'autorisation et sur les indications de M. Chaput, qui ne pouvait opérer étant souffrant. Aucun taxis n'est fait.

La malade est anesthésiée simplement à la cocaïne.

A l'incision des parties molles, on trouve un peu de sérosité roussâtre dans le tissu cellulaire. Le sac très noir, en impose pour l'intestin congestionné. Il contient un liquide brun très fluide, d'odeur fade. L'intestin est sphacélé. L'étranglement est très serré; le débridement est fait en haut avec le bistouri de Cooper. L'intestin est attiré au dehors; la région sphacélée mesure 6 à 7 centimètres de longueur et toute la largeur de l'anse. Résection à 8 centimètres de chaque extrémité de l'anse étranglée. Ligature du mésentère. Les deux bouts sont désinfectés avec une solution boriquée chaude. Une pince à pression douce empêche l'écoulement des matières du bout supérieur.

M. Beaussenat procède alors à la suture circulaire avec fente, de M. Chaput.

On commence par une première rangée de sutures muco-muqueuses de la demi-circonférence postérieure de l'intestin. On exécute ensuite une fente de 3 centimètres sur chacun des deux bouts, à égale distance entre le mésentère et le bord convexe. Le sommet des quatre lambeaux flottants triangulaires est excisé aux ciseaux, ce qui transforme la perte de substance en un losange. Les bords contigus des losanges sont réunis par une rangée muco-muqueuse. Par-dessus cette première rangée, on ajoute deux autres étages séro-séreux.

L'intestin est réduit; le sac est isolé très haut, lié à sa base et réséqué. Suture de tout le trajet inguinal à la soie. Suture de la peau aux crins.

Opium à haute dose. Pendant les quatre premiers jours, la malade prend seulement deux verres de lait par jour. Au bout de ce temps, on augmente un peu la dose des liquides. Le septième jour, lavement à la glycérine. A partir du quinzième jour, alimentation solide.

Réunion *per primam* le huitième jour. Guérison définitive.

Conclusions. — 1° La hernie gangrenée comporte un pronostic très grave; quel que soit le traitement employé, on aura toujours une mortalité inévitable liée à l'infection généralisée.

2° La suture intestinale est supérieure à l'anus contre nature; elle n'expose pas au phlegmon herniaire ni à l'épuisement par inanition; elle guérit en une seule séance tandis que la seconde méthode laisse subsister une infirmité dégoûtante qui nécessite ultérieurement des opérations multiples et graves.

La mortalité liée à la méthode elle-même est considérable avec l'anus contre nature (28 0/0) et il est impossible de songer à la diminuer par une technique plus parfaite. La suture comporte moins

de dangers propres à la méthode (seulement 15 à 20 0/0) et le jour n'est pas loin où ses inconvénients seront réduits à néant. La mortalité de l'anus restera donc toujours égale à 80 ou 90 0/0 tandis que celle de la suture tombera à 30 ou 40 0/0.

3° Les principaux perfectionnements de la suture consistent dans: un large débridement de l'anneau de dehors en dedans; une résection large de l'intestin comportant tous les tissus malades ou suspects; l'emploi de la suture circulaire avec fente; la non réduction de l'anse; le drainage du péritoine.

4° La suture est contre-indiquée quand il existe du collapsus, une péritonite grave, et quand on est dans de mauvaises conditions pour opérer.

5° Si les lésions sont peu étendues, il est avantageux de les enterrer au fond d'un pli maintenu par un double étage de sutures. (Procédé de l'invagination.)

6° Si les lésions assez étendues en largeur n'occupent pas toute la circonférence de l'intestin, on pourra, si les régions voisines sont saines, se contenter d'une *excision losangique* qu'on réunira comme dans la suture circulaire avec fente.

Je termine en proposant à la Société d'adresser des remerciements et des félicitations à M. Martinet pour ses intéressantes observations, de déposer son mémoire aux Archives et de l'inscrire dans un rang honorable sur la liste des correspondants nationaux.

Lecture.

La trachéotomie dans le service laryngologique de l'hôpital Lariboisière,

Par M. A. Gouguenheim.

J'ai déjà eu l'honneur de traiter cette question devant la Société de chirurgie il y a quelques années, en 1886, et, à ce moment, un membre de la Société, M. Richelot, fit un rapport sur la laryngotomie intercrico-thyroïdienne dont la conclusion était la recommandation de cette opération, considérée par lui comme supérieure à la trachéotomie, par sa facilité d'exécution et sa plus grande bénignité.

Je rappellerai à la Société de chirurgie que ma présentation avait porté sur un cas de mort à la suite de la laryngotomie intercrico-thyroïdienne; le malade était un tuberculeux, le cartilage cricoïde carié avait subi, à la suite de l'opération, une fracture comminutive, la canule était sortie, et le malade succomba, pendant la nuit,

à cet accident. J'avais alors indiqué la possibilité de ce danger chez des tuberculeux, la carie du cricoïde, sans qu'on puisse toujours la soupçonner à l'aide de l'examen laryngoscopique.

Depuis, j'ai continué, malgré les conclusions de ce rapport, à trachéotomiser les adultes qui entraient dans mon service pour subir cette opération, et dans ces derniers temps, depuis deux à trois ans environ, j'ai amélioré notablement le mode opératoire et je puis dire que cette modification a rendu, dans presque tous les cas, l'opération tellement aisée, tellement innocente, que je ne crains pas de dire que les raisons qui ont fait préférer à mes contradicteurs l'opération de Vicq-d'Azir à la trachéotomie, me semblent avoir beaucoup perdu de leur valeur. J'ai du reste eu l'occasion d'observer des malades qui avaient subi jadis la laryngotomie intercrico-thyroïdienne, et il m'a semblé que cette opération en rendant très difficiles les mouvements l'un sur l'autre des deux grands cartilages du larynx, pouvait avoir, au point de vue de la fonction vocale, des conséquences que je crois devoir signaler à l'attention des membres de la Société de chirurgie.

Les trachéotomies que je suis obligé de pratiquer dans mon service de Lariboisière sont fréquentes, en raison de la nombreuse consultation des maladies de la gorge que je dirige à cet hôpital. Pendant l'année 1893, je suis arrivé à en faire de 35 à 40, surtout chez des tuberculeux, chez des syphilitiques et des cancéreux.

Pendant un certain temps, je pratiquai la trachéotomie après chloroformisation des malades, ce que j'ai fait le premier en France, comme vous vous en souvenez, mais depuis deux ou trois ans, j'ai recours à l'injection préalable d'une solution de chlohydrate de cocaïne dans le tissu sous-cutané, à la dose de 2 centigrammes, conformément à la méthode recommandée par M. Reclus.

La trachéotomie est toujours faite par couche successive, suivant le vieux procédé recommandé par Trousseau, qui, du reste, convient uniquement chez l'adulte.

Elle ne dure pas longtemps, cinq à dix minutes environ ; le malade supporte parfaitement la situation qu'on lui impose, et il souffre fort peu des manœuvres opératoires.

L'hémorragie est nulle ou insignifiante, et, dès le lendemain, le malade pourrait se lever : je n'ai jamais constaté de fièvre traumatique.

Grâce aux précautions que nous prenons après l'opération, non seulement le malade échappe au danger résultant de l'entrée de l'air, mais s'il était affecté de bronchite antérieure, cette complication, qui impose de plus grandes précautions, n'aggrave pas sensiblement l'opération.

Mode opératoire. — L'ouverture de la trachée doit se faire au-dessous du cricoïde ou du premier anneau de la trachée.

Il faut faire l'opération bien sur la ligne médiane, et pour cela, on peut avoir soin de tracer avec la teinture d'iode une ligne droite allant de l'angle rentrant du cartilage thyroïde, passant au niveau du tubercule cricoïdien et descendant très bas, le long du cou.

Mais l'incision n'a pas besoin de descendre aussi loin, 3 centimètres de longueur m'ont habituellement paru très suffisants.

Le *1er temps* de l'opération est la section de la peau et du tissu graisseux au moyen du bistouri, jusqu'à l'aponévrose; si l'on voit à travers la peau une grosse veine, on devra avoir soin de la pincer pendant le cours de la section; il faudra en tout cas prendre la même précaution, au cas où l'hémorragie veineuse serait un peu trop considérable, dès qu'on a terminé le 1er temps de l'opération.

2e temps. Au moyen de la pointe du thermo-cautère, porté seulement au rouge très peu prononcé, on fera une ponction de l'aponévrose à la partie supérieure de la plaie; à travers l'ouverture de cette ponction, on fera passer une sonde cannelée que l'on glissera sous cette aponévrose jusqu'à la partie inférieure de la plaie; cela fait, on devra diviser l'aponévrose ainsi tendue et dans toute son étendue avec la pointe du thermo-cauthère.

3e temps. Placer deux écarteurs, un de chaque côté de la plaie, en ayant soin de séparer l'interstice des muscles et de ramener fortement en dehors de chaque muscle: de cette façon, on se trouve dégager très facilement le fond de la plaie. Si on rencontre le corps thyroïde ou quelques plexus veineux, comme la plaie ne saigne pas, ou fort peu, on pourra, avec l'écarteur, rejeter du milieu de la plaie ces diverses parties, et alors la trachée se présentera au fond, avec son aspect jaunâtre caractéristique. Quelquefois les mouvements de la trachée seront faciles à constater et deviendront un bon point de repère; enfin, le toucher permettra aisément de contrôler la présence du conduit aérien. Même à ce moment, la trachée n'est pas toujours bien dégagée, elle peut être recouverte d'une couche mince celluleuse, qu'on pourrait diviser par le même procédé que tout à l'heure; sans cette précaution, on pourrait être exposé, au moment de la ponction de la trachée, à voir l'ouverture disparaître au-dessous de cette couche.

4e temps. Au moyen du bistouri, section, à l'œil nu, de la longueur de trachée nécessaire, et introduction immédiate et très facile de la canule, par l'intermédiaire du mandrin de Péan et Krishaber, et sans l'intervention d'un dilatateur.

Je ne vous dirai rien du pansement ni des soins consécutifs, que tout le monde connaît, et qui n'ont rien ici de plus particulier que dans les autres trachéotomies.

Il me semble que ce procédé, presque toujours très facile à exécuter, diffère notablement de la section ordinaire par le thermo-cautère ; par mon mode opératoire, je ne fais intervenir le thermo-cautère que pour la division, sur la sonde cannelée, de l'aponévrose cervicale ; aussi les tissus divisés ne sont-ils pas susceptibles de voir, comme dans l'opération ordinaire au thermo-cautère, leurs bords s'élever à une température si haute que l'appréciation des parties profondes au moyen du toucher devient bien difficile, ce qui ne laisse pas d'avoir une certaine importance lorsqu'on est obligé d'intervenir assez rapidement. Enfin, par le nouveau mode opératoire, la plaie ne paraît pas avoir été en contact avec le cautère, tant est mince la partie divisée, et la plaie exsangue ressemble parfois à une plaie de médecine opératoire cadavérique.

Suite de la discussion sur le traitement des plaies du crâne par balles de revolver.

M. Tuffier. La question actuellement pendante, et relativement pauvre en observations, m'engage à vous communiquer les faits de ma pratique personnelle qui sont au nombre de quatre.

1. — Le 19 septembre 1890, j'ai opéré à l'hôpital de la Pitié, alors que je remplaçais le professeur Le Fort, un malade d'une quarantaine d'années dans les conditions suivantes. Cet homme avait cherché à se suicider en se tirant une balle de 9 millimètres dans la région du temporal du côté droit. Quand on l'amena à l'hôpital, il était dans le coma avec hémiplégie gauche. Je le vis le lendemain de son entrée ; cet état persistait ; je fis lever le pansement antiseptique appliqué dès son entrée à l'hôpital et je constatai l'issue d'un peu de matière cérébrale au niveau de l'orifice d'entrée de la balle. J'explorai avec une sonde cannelée, le trajet dans la profondeur de 4 à 5 centimètres, sans rencontrer autre chose qu'un frottement latéral que je considérai comme dû à des esquilles. Étant donné ce fait, joint à l'hémiplégie qui persistait, je résolus d'intervenir. Chloroformisation. Agrandissement de l'orifice d'entrée de la balle par trois larges couronnes de trépan. Incision de la dure-mère. Exploration du trajet avec beaucoup de précaution. Je sens et j'extrais deux esquilles, et malgré une recherche prolongée, il m'est impossible de sentir ni le projectile ni d'autres fragments osseux. Je me contentai alors de drainer largement et d'appliquer un pansement antiseptique. Le malade succomba 24 heures après sans présenter aucune sédation dans ses accidents comateux et hémiplégiques.

Voici donc un premier fait qui viendrait à l'appui des recherches de M. Delorme. J'avoue que depuis cette époque j'étais peu tenté

d'aller rechercher des projectiles dans la substance cérébrale : voici cependant un fait qui vient au contraire formellement à l'appui de la nécessité de l'exploration et de l'intervention dans certains cas.

II. — Le 12 janvier 1894, entrait à l'hôpital Beaujon, salle Gosselin n° 20, le nommé J. T... C'est un homme de 42 ans, grand, assez bien constitué, mais souffrant d'une sciatique tellement rebelle que depuis 2 ans il est morphinomane. Ce sont ses souffrances qu'il ne peut plus calmer qui l'ont conduit au suicide. La veille de son entrée, il s'est tiré dans la région temporale droite, à environ 4 centimètres de l'attache du conduit auditif, un coup de revolver. On l'amène à l'hôpital dans un état semi-comateux, mais sans aucune paralysie localisée. Lorsque je vis le malade la plaie était complètement fermée par une petite escarre noirâtre ; un pansement antiseptique avait été appliqué, je ne jugeai pas à propos d'intervenir. Le lendemain, l'état comateux était entrecoupé d'agitation et de subdelirium, la température s'élevait à 38° et le pouls à 70; la plaie n'était pas douloureuse, il n'existait aucun symptôme local; le 15, la température montait à 39°. Je résolus d'opérer le malade de suite. Sous le chloroforme, j'introduisis une sonde cannelée dans la plaie et je vis s'écouler de la plaie un liquide pyo-sanguin et horriblement fétide. Bien que n'ayant senti aucun corps étranger je pratiquai une large trépanation que j'agrandis avec la pince-gouge. J'incisai la dure-mère et je tombai sur une cavité du volume d'une très grosse noix occupant la circonvolution pariétale. Le doigt prudemment introduit dans cette cavité sentit, au milieu de détritus de matière cérébrale, la balle occupant le point déclive. En même temps, je donnai évacuation à des cheveux, à quelques débris noirâtres. L'extraction du projectile fut particulièrement difficile : la balle fuyait sous le doigt, je ne pouvais l'appuyer sur un plan résistant, de crainte de déchirer la substance cérébrale ambiante. Enfin en plaçant la tête dans une position telle que mon orifice fut dans une situation déclive, je pus saisir la balle dans les mors d'une pince et l'amener à l'extérieur.

Drainage. Pansement iodoformé. Malgré cette intervention le malade resta dans un état semi-comateux, la température ne tomba qu'à 38° et le malade succomba 24 heures après.

Dans ce cas, la balle superficiellement placée dans le cerveau a provoqué l'apparition d'accidents infectieux qui ont emporté le malade. Etant donné la facilité avec laquelle je suis arrivé sur le foyer et sur le projectile, je suis convaincu qu'une intervention immédiate eût permis l'extraction de la balle, le drainage du foyer et par conséquent cette pratique aurait prévenu les accidents qui ont emporté le malade. C'est à coup sûr un fait bien important à l'appui de la théorie des interventionnistes. Pour ma part, je n'hésite pas à abandonner l'expectation pure et simple dans les cas de ce genre.

III. — Voici enfin deux autres observations dans lesquelles l'intervention a été suivie d'un plein succès.

Le 5 avril 1891, un jeune homme de 22 ans se tirait dans la région temporale immédiatement au-dessus de l'arcade zygomatique, une balle de revolver de 6 millimètres. Aucun accident immédiat. Pansement antiseptique de la plaie. Je vois le malade le lendemain. J'enlève le pansement et je pratique l'exploration à la sonde cannelée. Je pénètre à 4 ou 5 centimètres, je ne sens aucun corps étranger ; je place une mèche de gaze iodoformée dans le trajet pariétal et j'attends. Au cinquième jour, le malade accuse de violentes douleurs de tête, la température s'élève, j'enlève le pansement et je constate l'écoulement d'un liquide noirâtre sans odeur, par le trajet de la plaie. Je me décide alors à intervenir. J'incise les parties molles et je trouve sur le crâne un large orifice d'entrée d'environ 2 centimètres très irrégulier. Un stylet introduit à 6 centimètres tombe sur une surface dure, donnant au toucher le contact du plomb. J'introduis ensuite une pince à pansement et je retire une masse noirâtre qui était constituée par la bourre de la cartouche et par des cheveux, puis avec une pince à griffes très ténue je suis assez heureux pour saisir du premier coup la balle et pour l'extraire. Draînage de la plaie à la gaze iodoformée sans aucun lavage. Guérison.

Le malade est sorti guéri, et je l'ai revu six mois après *parfaitement guéri* et n'ayant aucun accident.

IV. — L'observation suivante se rapproche de celle qui précède, mais elle est plus curieuse encore puisque le malade s'était tiré deux balles de revolver au niveau de la région frontale.

Il s'agissait d'un jeune étudiant allemand qui avait cherché à se suicider au bois de Boulogne et qu'on avait amené à Beaujon, salle Gosselin, lit n° 24. Les deux orifices d'entrée étaient nettement distincts dans la région temporale droite. Aucun écoulement sanguin ne se faisait à leur niveau, mais toute la région était brûlée par la poudre. Cet homme était dans un état de choc très marqué, quand je le vis le lendemain ; il répondait assez difficilement aux questions, sans cependant présenter aucun signe de lésion cérébrale localisée. J'explorai les deux trajets. Le supérieur me conduisit immédiatement sur le projectile encastré dans la paroi profonde du crâne qu'il déprimait ; l'inférieur était nettement pénétrant et je n'eus aucune sensation du corps étranger à son niveau.

Étant donné l'état de choc du malade, je préférai retarder mon intervention, d'autant plus que l'antisepsie parfaite avait été établie dès l'entrée du malade. Quarante-huit heures après, les lésions étant toujours dans le même état et un liquide séreux s'écoulant par la plaie inférieure, je résolus d'intervenir. Le 12 novembre j'agrandis, avec une couronne de trépan, les deux orifices distants exactement du diamètre de cette couronne si bien que, aussitôt la paroi cranienne traversée, je

puis enlever la balle encastrée dans l'os avec les esquilles qu'elle avait enfoncées sous la dure-mère. J'explore alors le trajet inférieur et sentant la balle à peine à 1 centimètre de profondeur, j'enlève d'abord trois petites esquilles puis le projectile aplati et déformé. Cette extraction se fit sans aucune espèce de difficultés et sans autre dégât que l'issue d'une substance noirâtre contenant certainement un peu de matière cérébrale. Le malade sortit guéri de l'hôpital le 18 novembre; il n'avait présenté aucun trouble cérébral.

Si je voulais donc m'en tenir à ces faits personnels, je pourrais conclure avec M. Delorme qu'il est indiqué de ne pas poursuivre quand même le trajet intra-cérébral d'une balle, car on a, comme mon premier fait le prouve, les plus grandes chances d'errer dans la substance cérébrale sans y faire d'autre découverte que celle de quelques esquilles insignifiantes.

Mais je crois qu'il ne faut pas généraliser cette conduite et refuser systématiquement une intervention dans les plaies du cerveau par balle de revolver. Il est bien certain que mon second malade aurait guéri par une intervention hâtive, et il est également certain que mes derniers opérés ont bénéficié de cette intervention.

J'adopterai donc comme ligne de conduite : l'exploration aseptique, prudente, méthodique et peu prolongée de toutes les plaies perforantes du crâne. Toutes les fois que cette exploration me donnera un résultat positif et qu'il n'y aura dans l'état général du blessé aucune contre-indication immédiate, je pratiquerai la trépanation, l'extraction des esquilles et des projectiles et le drainage de la plaie.

Le mode d'intervention ne me paraît pas non plus quantité négligeable; il est certain que chez un homme, en état de choc la trépanation est toujours une cause d'aggravation de l'état général. De même, il n'est pas indifférent de pratiquer l'ouverture du crâne avec la gouge et le maillet ou avec une couronne de trépan. L'ébranlement de la masse cérébrale produit par la trépanation à la gouge peut être suffisant, non seulement pour aggraver les lésions existantes, mais peut-être pour faire progresser dans la masse cérébrale le projectile lourd qu'elle contient. Ce n'est là qu'une hypothèse que des expériences pourraient peut-être confirmer. En tous cas, la trépanation avec la couronne me paraît le procédé inoffensif et par conséquent le procédé de choix. Je crois qu'il n'y a pas lieu de faire de lavage de la plaie et qu'un simple drainage ou un tamponnement à la gaze iodoformée pendant vingt-quatre heures sont suffisants.

M. Moty communique une observation où l'intervention se trouvait indiquée, mais qui montre en même temps l'impuissance du

chirurgien contre les traumatismes graves du cerveau par armes à feu.

Un Arabe reçoit, dans la nuit du 24 au 25 mars 1882, une décharge de fusil à canon lisse au milieu de la face et à bout portant ; il est amené sur un mulet à l'hôpital de Guelma (25 kilomètres), sans autre pansement que des linges malpropres.

A son arrivée, je constate que sa face est tatouée par des grains de poudre ayant cheminé de bas en haut ; la partie supérieure de la lèvre inférieure et le point correspondant de la lèvre supérieure, un peu à gauche de la ligne médiane, portent toutes deux une érosion superficielle ; au côté gauche du lobule du nez se trouve une plaie circulaire, trou d'entrée d'un projectile ; l'œil droit est éclaté et transformé en un magma sanguinolent coagulé ; la paupière inférieure correspondante offre une petite déchirure vers son angle interne, due sans doute à une esquille projetée ; enfin, on sent indistinctement un gonflement de la fosse temporale droite, vers sa partie supérieure ; un peu au-dessous de ce gonflement, se voit une très petite plaie cutanée laissant suinter un peu de sang.

L'état général est bon, le pouls et la respiration sont réguliers, il n'y a aucune paralysie ni à la face ni aux membres ; le blessé, qui a perdu beaucoup de sang, se plaint seulement d'une grande lassitude.

Séance tenante, j'excise le moignon de l'œil droit, ce qui permet l'écoulement d'une certaine quantité de matière cérébrale en bouillie et fait voir que le projectile, passé des fosses nasales dans l'orbite, a pénétré dans le crâne en haut et en dehors du fond de l'orbite.

Le blessé était à cheval, et son agresseur à pied au moment de la blessure ; le projectile avait donc naturellement marché de bas en haut ; mais au moment de sa pénétration dans le crâne, il avait subi une déviation notable vers la droite, de telle sorte que son trajet dans la face aboutissait en dedans de la saillie constatée dans la fosse temporale ; cependant, les rapports de l'orifice d'entrée avec la cavité nasale, me faisaient considérer l'infection de la plaie comme si fatale, que je me décidai à tenter le nettoyage du foyer.

Une sonde cannelée, recourbée légèrement, est introduite par le fond de l'orbite dans la direction du gonflement temporal au niveau duquel on sent sa pointe produire un mouvement ; une incision verticale faite en ce point permet d'extraire de petites esquilles et une balle de petit calibre déformée, à peu près cubique, entourée de substance cérébrale en bouillie ; derrière elle se présente l'extrémité de la sonde cannelée.

Pensant que mon intervention serait inefficace si elle en restait là, je nettoyai la fosse temporale et le fond de la cavité orbitaire avec la solution phéniquée faible et, utilisant la sonde cannelée, je passai un drain de 1 centimètre de diamètre environ de la fosse temporale au fond de l'orbite. Pendant tout ce temps, le malade n'avait cessé de répondre aux questions que je lui adressais de temps à autre. Pansement phéniqué, bromure de potassium à l'intérieur.

Rien à noter jusqu'au 30 mars. Le sommeil est régulier, l'appétit est

à peu près normal ; mais, à cette époque, je réfléchis que mon drain ne peut pas rester longtemps en place sans s'opposer à la cicatrisation du cerveau et à la sortie des esquilles projetées ; je l'enlève avec précaution et le remplace par deux bouts de drain courts de même calibre.

Le 3 avril, je note un peu de fièvre depuis deux jours, l'air des fosses nasales soulève le pansement de l'orbite, au fond de laquelle on voit encore quelques débris de sclérotique ; aucune tendance à la hernie du cerveau, dont on ne perçoit pas les battements ; un peu de faiblesse du membre supérieur gauche.

A cette époque, je laisse le malade à mon jeune collègue Reboud, qui enlève les drains le 8 avril et ouvre le 12 une collection purulente autour d'une grande esquille adhérente du temporal, en avant et au-dessous de la perforation du crâne.

L'état général, un instant mauvais, se relève bientôt et, quinze jours plus tard, le malade paraît complètement guéri.

Mais, à la fin de mai, il est pris brusquement, en jouant dans la cour, d'une attaque d'épilepsie, suivie de coma, et terminée par la mort le 29 mai.

Mon collègue Demler, qui fit son autopsie, voulut bien m'écrire qu'il avait trouvé une encéphalite diffuse, du pus à la base et dans les ventricules, un ramollissement de la couche optique et du corps strié droits et une grande quantité de petites esquilles perdues dans la substance cérébrale.

La grande esquille temporale était en voie de consolidation, on reconnaissait encore le trajet primitif intra-cérébral limité aux circonvolutions superficielles ; des fissures très étendues, dont l'une se prolongeait jusqu'à l'occiput à travers le pariétal, étaient également en voie de consolidation.

Je ne voudrais pas commenter longuement cette observation qui met surtout en relief la tolérance du lobe antérieur droit du cerveau ; aujourd'hui j'agirais encore comme à l'époque où le fait s'est produit, si ce n'est que j'inciserais directement sur le point correspondant au siège présumé du projectile sans engager inutilement ma sonde cannelée dans le crâne, je placerais ensuite deux gros drains courts, mais sans me faire plus d'illusions qu'à cette époque sur le résultat définitif de mon intervention ; ce qui rend les statistiques d'intervention relativement favorables c'est qu'on intervient ordinairement dans les cas les moins graves.

MM. Hartmann et Morax communiquent un travail intitulé : *Quelques considérations sur la bactériologie des suppurations périutérines.*

Envoyé à l'examen d'une commission.

Présentation de malades.

1° *Amputation congénitale et syndactylie.*

M. Monod présente un petit garçon âgé de 10 mois, chez lequel on observe à la main droite une amputation congénitale de l'annulaire et, au niveau de la première phalange du médius, un sillon annulaire profond, début de la lésion qui a abouti, sur le doigt voisin, à une section complète.

Il appelle l'attention sur le fait que, chez cet enfant, comme dans les cas rapportés par d'autres auteurs, il existe en même temps à la main du côté opposé et aux deux pieds, une fusion à des degrés divers des doigts et des orteils. Les trois derniers doigts de la main gauche, distincts seulement au niveau des phalanges unguéales, forment une masse unique. La fusion existe jusque et y compris l'espace inter-digital; elle n'est pas, comme dans quelques observations, limitée à l'extrémité antérieure des doigts.

L'enfant présente de plus un pied-bot équin, également congénital du côté gauche, opéré il y a huit jours, par section du tendon d'Achille.

Syndactylie, pied-bot, sillons et amputations congénitaux seraient, suivant l'hypothèse émise par M. Longuet [1], le résultat de troubles trophiques survenus pendant la vie intra-utérine, troubles qui seraient eux-mêmes sous la dépendance d'une lésion encore inconnue du système nerveux central.

M. Monod, à l'appui de cette manière de voir, adoptée d'ailleurs par les auteurs récents [2], fait remarquer que son petit malade présente de plus, dans la région de la tempe droite, une tumeur érectile congénitale et, un peu au-dessus du pli interfessier, un petit prolongement cutané, figurant un rudiment de queue, lésions qui semblent de même ordre que les précédentes.

2° *Anévrisme cirsoïde du membre supérieur gauche.*

M: Monod présente de plus un homme âgé de 40 ans, porteur d'un anévrisme cirsoïde étendu de la main et de l'avant-bras gauche. Ce malade a déjà été traité à l'hôpital Saint-Louis, par M. L. Cham-

[1] Longuet (Maurice) dans Verneuil, *Mémoires de chirurgie*, t. I, p. 601.

[2] Voy. Reclus (P.), Amputations congénitales et aïnhum (*Gaz. hebd.*, 1883, p. 361). — Jeannel, Sillons congénitaux et amputations spontanées (*ibid.*, 1886, p. 568 et 587). — Ricord (P.), Sur quelques difformités congénitales (*Congrès de chirurgie*, 1886, p. 684). — Proust, Déformations congénitales rappelant l'aïnhum (*Bull. Acad. de méd.*, 1889, t. 1, p. 451, séance du 2 avril 1889).

pionnière, qui lui a pratiqué la ligature de la cubitale et de la radiale et a fait l'extirpation partielle des masses anévrismatiques de la main.

M. Monod demande l'avis de ses collègues sur la conduite à tenir dans ce cas.

Discussion.

M. Anger. Il y sept ans, un chirurgien militaire d'Avignon amena à la Société de chirurgie son fils, âgé d'une dizaine d'années, qui présentait à l'avant-bras droit des dilatations veineuses sous-cutanées qui occupaient la main et l'avant-bras.

Je lui fis des injections de liqueur de Piazza qui améliorèrent beaucoup son état.

Depuis lors, il a fallu revenir aux injections à plusieurs reprises. L'enfant, devenu un jeune homme, est complètement guéri, et chaque premier de l'an, son père ne manque pas de me confirmer la guérison.

M. Polaillon. J'ai suivi pendant 22 ans un malade atteint comme celui qui vient de nous être présenté d'un anévrisme cirsoïde du membre supérieur. Les injections coagulantes employées au début amenèrent une guérison temporaire, mais de peu de durée.

A Nancy, où le malade a séjourné longtemps, on a successivement lié toutes les artères du membre supérieur jusqu'à l'axillaire. Une amélioration notable s'ensuivit; le malade put encore se croire guéri; mais la récidive eut encore lieu et l'affection avait complètement reparu en 1892.

Je me suis alors attaché à détruire la tumeur de la main; j'ai enlevé toutes les parties molles du premier espace inter-osseux, reséqué au niveau du poignet toutes les artères que j'ai pu découvrir; une nouvelle récidive s'est encore produite. J'ai fini par proposer l'amputation de l'avant-bras qui n'a pas été acceptée. Le malade devra bien se résigner à la subir et, à propos de l'amputation, je dirai que je ne considère point comme redoutable le moins du monde la prétendue friabilité des artères. Dans les cas de ce genre, les ligatures tiennent aussi bien que sur des artères normales.

M. Reynier. J'ai observé aussi un malade atteint d'une lésion semblable. L'artère radiale était chez lui très volumineuse. Je la liai non sans ennui, car mon incision donna lieu à des hémorragies graves et répétées. L'opéré perdit le pouce par gangrène. Des injections de perchlorure de fer n'eurent pas d'autre effet que de donner lieu à de nouvelles hémorragies. Je dus recourir à l'amputation qui fut pratiquée sans difficulté.

M. Terrier. Je suis d'avis que l'amputation est seule de mise dans les cas de ce genre. Lorsqu'il s'agit d'une tumeur cirsoïde limitée en surface et en profondeur comme celle du crâne, l'ablation est possible et suffisante, mais ici les conditions sont toutes différentes. L'ablation de la tumeur est impossible. Quant aux injections coagulantes ou aux ligatures, elles ne donnent rien. Si, par impossible, la guérison était obtenue après ces interventions, on conserverait un membre sans valeur, car déjà des troubles trophiques profonds existent au niveau de la main. Il faut donc amputer. J'ajouterai que chez ce malade l'opération me paraît devoir porter assez haut. Il semble, en effet, qu'il y ait des communications artério-veineuses au niveau du bras; à sa partie inféro-interne, notamment, se trouve une grosse dilatation vasculaire, animée de battements au niveau de laquelle se perçoit un thrill très manifeste.

M. Championnière. Ainsi que l'a rappelé M. Monod, j'ai eu pendant un certain temps le malade dans mon service. J'ai lié chez lui non seulement la radiale et la cubitale mais tous les vaisseaux animés de battements que j'ai pu découvrir dans l'avant-bras. Ces interventions ont toutes été pénibles. Comme on le devine en examinant le malade, les muscles chez lui sont littéralement infiltrés tous par les dilatations vasculaires. Aussi l'hémostase a-t-elle été des plus difficiles. Les points de suture faits à la peau saignaient si abondamment qu'il a fallu, avec des fils plus fins, arrêter l'hémorragie qui se produisait à leur niveau.

L'altération des artères chez ce malade remonte beaucoup plus haut qu'on ne l'a dit. On perçoit un souffle net jusqu'au niveau de l'axillaire.

En même temps que ce malade, j'en observais dans mon service un autre atteint de tumeur cirsoïde dans la région sous-maxillaire. J'ai pu enlever cette tumeur à peu près complètement en fouillant profondément dans la région; mais je suis resté en présence d'une vaste excavation dont les parois étaient criblées d'ouvertures résultant de la section d'énormes vaisseaux. J'avais dû placer une multitude de pinces. Or, il me fut impossible de toucher à aucune d'elles, ni de porter une ligature sur les vaisseaux sectionnés. Je me décidai à lier la carotide primitive. Peine inutile, l'hémorragie continuait comme avant si on levait la forcipressure. Je dus laisser les pinces en place. Je commençai à les enlever le deuxième et le troisième jour. Plusieurs restèrent jusqu'au septième.

M. Quénu. Je constate chez le malade qui nous est présenté qu'il existe un souffle non-seulement dans toutes les artères du membre supérieur, mais même au niveau du cœur. L'amputation, chez lui,

me paraît absolument nécessaire. Pour que l'espèce de revue thérapeutique à laquelle nous nous sommes livrés ici soit complète, je dirai que la compression digitale dans les tumeurs cirsoïdes des membres n'est pas plus efficace que la ligature ou que les injections coagulantes. Je l'ai vu employer avec persévérance en 1877 dans le service de M. Tillaux, à Lariboisière. L'effet fut absolument nul.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le Secrétaire annuel,
PEYROT.

Séance du 21 mars 1894.

Présidence de M. TH. ANGER.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Lettres de M. TERRIER demandant un congé de trois semaines, et de M. FELIZET, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;

3° *Études expérimentales sur l'action du projectile cuirassé du fusil Mannlicher, nouveau modèle roumain de* 6^{mm},5, par M. DEMOSTHEN (de Bucharest), membre correspondant étranger (travail présenté à l'Académie de médecine, 5 décembre 1893) ;

4° M. DAYOT fils (de Rennes), membre correspondant, adresse les trois observations suivantes : *(a) Hernie crurale gangrenée. Entérectomie et entérorraphie circulaires. Quelques réflexions sur une série de 51 kélotomies ; — (b) Fracture du crâne. Paralysie motrice de la face et du membre supérieur droit ; aphasie. Trépanation primitive. Retour rapide des fonctions ; — (c) Plaie par arme à feu du crâne. Trépanation. Guérison ;*

5° *Présentation d'une échelle physiologique de l'acuïté visuelle,* par M. NICATI (de Marseille), (M. Brun, rapporteur) ;

6° *Procédé de restauration de la lèvre inférieure dans les épithéliomes très étendus*, par M. Heurtaux (de Nantes), membre correspondant.

Rapport.

Sur une observation de mort subite consécutive à une injection de cocaïne dans l'urètre.

Rapport par M. Paul Reclus.

J'ai à vous présenter un rapport sur une observation de mort subite provoquée par une injection de cocaïne dans l'urètre. Le fait a été recueilli par un de nos confrères de province qui, je m'imagine, ne doit pas être un abonné de nos *Bulletins*. En tous cas, s'il nous lit, il nous lit bien mal, et la catastrophe dont il nous entretient aurait été certainement évitée s'il avait suivi les règles élémentaires qui se dégagent de vos discussions sur la technique des injections de cocaïne.

Voici le fait dans toute sa simplicité :

Un vieillard de 72 ans, artério-scléreux, cardiaque et sujet à des crises d'angine de poitrine, appelle notre confrère pour une rétention d'urine subite, provoquée par une hypertrophie de la prostate. On essaie de franchir le canal avec une sonde molle, une sonde à béquille et une sonde rigide, mais on échoue et, en fin de compte, on a recours à la ponction vésicale. Les jours suivants, les tentatives de catéthérisme sont encore infructueuses; aussi, pour éviter les ennuis et les dangers de la ponction, on agite la question d'une cystotomie sus-pubienne. Cependant, avant d'y procéder, on veut essayer encore de la sonde et c'est ici que commence l'intérêt de l'observation.

Comme le malade est très nerveux, très irritable et que la susceptibilité de son urètre avait été fortement mise à l'épreuve, une injection préalable de cocaïne est jugée utile. « Nous n'avions pas perdu de vue, nous dit l'auteur, que notre prostatique avait des troubles cardio-vasculaires et devait présenter une susceptibilté spéciale à la cocaïne. Aussi, pour éviter toute conséquence fâcheuse, je ne voulus injecter que de faibles doses. » Et c'est pour obéir à ce programme de faibles doses qu'il injecte simplement une vingtaine de grammes d'une solution à 5 0/0 !

Or, 5 fois 20 font 100, si j'en crois les mathématiques. C'est donc 100 centigrammes, 1 gramme de cocaïne, que notre confrère a injecté dans l'urètre de ce malade qu'il jugeait plus susceptible qu'un autre à l'action de l'alcaloïde. Il n'en fut pas moins fort

surpris de voir éclater des accidents subits : pâleur de la face, envie de vomir, tremblements généralisés. « Une cuvette, je veux vomir, j'ai mal au cœur », furent ses dernières paroles. Le visage devint livide, les tremblements se reproduisirent à deux reprises, puis la syncope fut foudroyante et la mort survint « au grand étonnement » de l'opérateur.

En vérité, une telle candeur nous désarmerait s'il ne s'agissait pas d'une catastrophe aussi terrible que la mort de l'opéré entre les mains du chirurgien. Mais ce qu'il appelle les « doses faibles », nous l'appelions les « doses folles » dans notre discussion de la Société de chirurgie. Et vous vous rappelez qu'on était tombé d'accord sur ce point : que le danger de l'intoxication était dominé surtout par deux facteurs, la dose totale de la cocaïne injectée et le titre de la solution. La dose totale ne devait pas dépasser 15 à 20 centigrammes et le titre de la solution 1 0/0.

On voit avec quelle désinvolture notre correspondant a sauté par-dessus ces règles tutélaires. Il s'est servi d'une solution cinq fois trop forte et d'une dose totale d'alcaloïde cinq fois trop élevée. Et, en définitive, il a employé 100 centigrammes de cocaïne là où 3 et 4 centigrammes auraient largement suffi. Je ne compte plus, je ne dirai pas les catéthérismes, mais les urétrotomies internes, interventions certainement plus compliquées, où le contenu de quatre seringues de Pravaz d'une solution de 1 0/0, c'est-à-dire 4 centigrammes, m'ont permis de mener à bien mon intervention jusqu'au bout.

L'auteur ajoute, il est vrai, qu'il ne s'agissait pas d'une injection hypodermique et, qu'en réalité, il s'était contenté de mettre « une petite quantité » de cocaïne, — je répète le mot de l'observation, — au contact du canal de l'urètre. Mais ce point est, lui aussi, définitivement vidé ; il a été abordé dans notre discussion de la Société de chirurgie et nous y avons longuement insisté dans nos cliniques ; on sait combien l'absorption est rapide au niveau de certaines muqueuses, en particulier dans le rectum et l'urètre ; de leurs expériences fort connues, Lépine et Condamin ont pu conclure que la muqueuse de l'ampoule absorbait aussi bien et aussi vite que le tissu sous-cutané.

Nous avons déjà relevé, dans les recueils scientifiques, des faits analogues à ceux que relate notre confrère et dont l'exemple était pour l'instruire et l'arrêter dans ses injections téméraires. Nous ne rappellerons pas le cas de Kolomine où 1gr,50 de cocaïne fut poussé par l'auteur et provoqua la mort. Il s'agissait ici du rectum ; mais voici le cas de Necker où 60 centigrammes injectés dans la vessie amenèrent aussi la mort et celui de Sims où 4 grammes d'une solution à 5 0/0, c'est-à-dire 80 centigrammes, 20 de moins que

dans le fait que j'analyse, amenèrent une semblable catastrophe. Si 60 et 80 centigrammes ont provoqué la mort, que dire de 100 centigrammes comme dose faible?

C'est à cette dose formidable et non à l'artério-sclérose avec lésion du cœur, à l'angine de poitrine que la mort est due. Je dirai que certainement l'état pathologique était inquiétant, mais lorsqu'il existe, c'est surtout le chloroforme que je redoute et j'ai alors recours à l'emploi systématique de la cocaïne, modérément sans doute et avec mille précautions; mais les dangers que cet alcaloïde fait courir me semblent moins grands que ceux de l'anasthésie générale et je n'hésite pas. Je rappellerai que, à cette heure, le nombre total de mes opérations à la cocaïne atteint 2791 et que je n'ai pas eu un seul accident à déplorer.

En résumé, Messieurs, tel est le cas qui vous est soumis et le rapport que j'ai dû vous en présenter. Une seule conclusion s'en dégage et je laisse à chacun de vous le soin de la tirer.

Discussion.

M. Bazy. Il est probable que l'urètre n'a pas reçu seul toute l'injection, puisque celle-ci aurait été de 20 grammes environ. Du reste, le passage dans la vessie d'une partie du liquide ne pouvait que favoriser son absorption. La muqueuse du réservoir urinaire absorbe, en effet, très bien; un lapin chez lequel on pratique une injection intra-vésicale d'une solution de strychnine meurt en quinze minutes.

M. Sée. Les déchirures du canal, provoquées par les tentatives de cathétérisme, avaient aussi sans doute créé des conditions favorables à l'absorption rapide de l'alcaloïde.

M. Verneuil. La dose employée était d'autant moins admissible que le malade était âgé et cardiaque.

M. Tuffier. La mort paraissant avoir été presque subite, il est probable que l'injection a dû passer directement dans les veines, au niveau de quelque déchirure du bulbe.

Suite de la discussion sur les plaies du crâne par balles de revolver.

M. P. Berger. En reprenant la parole pour la deuxième fois dans cette discussion, je commence par me dégager de l'attribution

qu'on m'a faite d'expressions et d'opinions qui ne sont pas les miennes. M. Quénu, en répondant aux observations que j'avais présentées à la suite du rapport de M. Chauvel, m'a fait dire « que les balles de revolver étaient le plus souvent aseptiques » : c'est une affirmation qui n'est ni dans ma pensée, ni dans mes paroles. Les balles de revolver perdues dans le crâne, comme celles qui pénètrent dans les parties molles des autres régions, *se comportent assez souvent comme les corps aseptiques*, mais cela n'implique nullement qu'elles soient réellement aseptiques. On appréciera la distance qu'il y a entre ces deux propositions, dont l'une est la traduction fidèle de faits cliniques indiscutables et ne laisse rien à l'hypothèse, tandis que la seconde est contredite par les expériences récentes et anciennes qu'a citées M. Delorme dans la dernière séance.

Abordant le fond du débat, je dois rappeler que mes observations n'ont porté que sur l'opportunité de l'intervention primitive dans les plaies de l'encéphale par balles de revolver lorsqu'il n'y a pas d'accidents. Nous sommes tous d'accord sur la nécessité d'intervenir lorsqu'il y a des accidents, et surtout lorsque ces accidents se développent secondairement ou tardivement.

Le sujet ainsi limité comprend une question de faits et une question de théorie, de doctrine ou de tendances.

La question de faits est assez vite jugée : Trois chirurgiens, dans cette discussion, MM. Quénu, Terrier et Marchant se sont prononcés nettement en faveur de la trépanation primitive dans tous les cas de plaie pénétrante du crâne par balles de revolver; M. Gérard-Marchant nous a de plus annoncé que son avis était partagé par plusieurs de ses jeunes collègues; nous ont-ils apporté des faits probants à l'appui de l'intervention qu'ils préconisent?

M. Quénu nous apporte trois observations : La première est un cas de trépanation pratiquée *plus de trois semaines après la blessure* pour une encéphalite suppurée, trépanation qui n'empêcha pas le petit blessé de succomber; elle n'a aucune relation directe avec la question; elle permet à M. Quénu de supposer que l'enfant eût survécu si l'intervention avait été faite le premier jour, opinion qui est une pure hypothèse.

Dans le second cas il s'agit de l'extraction, très habilement faite par M. Quénu, au moyen de la trépanation, d'une balle de revolver qui avait perforé le crâne à la région temporale, traversé la dure-mère, mais sans que la substance cérébrale parût très atteinte. Ici M. Quénu ne se décida à agir que le cinquième ou le sixième jour après l'accident, le lendemain seulement du jour où M. Quénu avait constaté de la céphalalgie, de la fièvre, un écoulement louche par la plaie : Encore un cas d'intervention secondaire,

dans laquelle M. Quénu s'est guidé sur l'apparition d'accidents et a choisi son jour pour opérer, même après que la nécessité de l'intervention eût été établie. Ce fait, si on pouvait en tirer une conclusion, ce que je me garderai de faire, prouverait nécessairement que l'on a de grandes chances de combattre les accidents avec succès quand on se décide à intervenir au moment où ils apparaissent; mais il n'a aucune portée directe pour la question qui nous occupe.

Dans le troisième cas, M. Quénu est intervenu primitivement et le résultat a été, dit-il, excellent; mais il n'y avait pas de lésion de la dure-mère, pas de pénétration de la balle dans le cerveau; M. Quénu ne l'a du reste pas trouvée et a supposé qu'elle avait fait séton et était ressortie. Encore un fait qui n'a rien de commun avec la recherche des projectiles dans le crâne.

Parmi les cas cités par M. Quénu, il n'y en a donc pas qui se rattache directement à la question, encore moins qui prouve l'efficacité de l'intervention primitive dans les plaies pénétrantes du crâne par balle de revolver.

M. Terrier n'a cité qu'un fait personnel d'intervention précoce; dans cette très intéressante observation, M. Terrier s'aperçut qu'il avait fait fausse route en cherchant la balle. La malade mourut des suites de sa blessure, et M. Terrier vous a montré la pièce vraiment convaincante, résultant de l'autopsie, pièce qui démontrait que le projectile s'était dévié à travers l'encéphale, s'était réfléchi sur la paroi opposée du crâne et qu'il eût été absolument impossible d'arriver à lui et de l'extraire par le trajet qu'il avait suivi.

M. Gérard-Marchant, dans le cas dont il vous a fait la relation, avait été déterminé à agir par l'apparition de la fièvre et par conséquent des accidents; c'est encore un fait d'intervention secondaire suivi de succès et beaucoup plus propre à combattre qu'à défendre la doctrine de l'intervention primitive soutenue par notre collègue. Quant aux autres cas dont il vous a rappelé le souvenir dans la dernière séance, cas malheureux dans lesquels la mort est survenue sans que l'on ait tenté l'opération, ils montrent que l'on peut mourir d'une balle de revolver dans la tête — personne n'en doute; — mais aucun détail de ces observations ne permet d'affirmer que le projectile eût pu être extrait, ni que les malades eussent guéri par la trépanation primitive.

La même critique peut s'adresser aux remarquables observations que nous a communiquées, dans la dernière séance, M. Tuffier.

La première, la seule des quatre dans laquelle l'intervention a été faite primitivement, le lendemain de la blessure, est un nouvel exemple de l'impossibilité où l'on est de découvrir le projectile dans certains cas : au bout de vingt-cinq minutes de recherches, il fallut renoncer à l'extraire; le blessé succomba.

Dans le second cas, M. Tuffier intervenant le quatrième jour, vingt-quatre heures après le début des accidents infectieux, ouvrit un abcès cérébral, en retira le projectile avec beaucoup de difficulté, sans pouvoir sauver la vie du malade; eût-il obtenu un meilleur succès par la trépanation immédiate? c'est possible, c'est vraisemblable, mais ce n'est pas certain.

Enfin, les dernières observations relatent deux fort beaux cas de guérison dus à la trépanation pratiquée avec beaucoup d'opportunité par M. Tuffier après le début des accidents d'encéphalite, le troisième jour après la blessure dans l'un, le septième jour dans l'autre. M. Tuffier a eu l'heureuse chance de retirer les projectiles ayant pénétré, l'un à 2 centimètres, l'autre à 6 centimètres de profondeur dans le cerveau.

En cherchant à tirer une conclusion rigoureuse des faits communiqués par M. Tuffier, nous serions amenés à en déduire que la trépanation primitive ne permet pas, dans certains cas, d'extraire le projectile et laisse le malade exposé aux chances d'encéphalite que lui fait courir sa présence; que la trépanation secondaire, pratiquée dès le début des accidents, a de grandes chances de permettre l'extraction du projectile, la désinfection du foyer traumatique et de sauver le blessé.

Pour ce qui est de la discussion actuellement en cours, je me borne à faire observer que, dans ces quatre cas il y avait des accidents primitifs et qu'ils ne sont par conséquent pas de nature à nous éclairer sur la conduite à tenir aussitôt après la blessure lorsque le blessé ne présente pas d'accidents.

Tels sont les seuls cas qui aient été rapportés au cours de cette discussion; et pourtant les plaies pénétrantes du crâne par balles de revolver ne sont pas rares dans les hôpitaux; d'où vient donc que nos collègues, partisans de l'intervention primitive, ne nous apportent pas d'exemples de projectiles extraits par la trépanation pratiquée le plus tôt possible après la blessure? D'où vient qu'ils ne nous apportent pas de succès dus à l'exploration immédiate du trajet intra-cérébral, à la recherche et à l'extraction de la balle perdue dans le crâne? Quelques observations seraient le meilleur argument à l'appui de leur manière de voir.

Quant aux statistiques, dont M. Monod tout en s'en servant a si justement fait la critique, elles prêtent à bien d'autres objections. Celle de Bradford et Smith, par exemple démontre que la mortalité des plaies de l'encéphale par balle de revolver est moindre quand le projectile a été extrait; personne n'en doute, mais cette extraction est-elle possible? Cette statistique ne fait d'ailleurs pas de différence entre l'intervention primitive, l'intervention secondaire et l'intervention tardive, ce qui la rend peu propre à faciliter la

solution de la question qui nous occupe. Enfin ne sait-on pas que ces statistiques, faites au moyen des cas publiés dans la littérature médicale, comprennent toujours un nombre de cas où l'opération a été suivie de succès bien supérieur à celui qui représente la proportion des succès aux insuccès ; la recherche et l'extraction d'un projectile ayant pénétré dans l'encéphale paraissant, lorsqu'elles sont suivies de guérison, mériter l'attention par leur rareté même bien plus que les cas malheureux dans lesquels la terminaison fatale ne semble d'ordinaire prêter à aucune considération intéressante.

Somme toute, la question de l'intervention primitive dans les plaies pénétrantes du crâne par balle de revolver est de celles qui ne peuvent actuellement encore être décidées par des faits; reste la question de doctrine ou de tendance : ici nous sommes en face de deux opinions et de deux pratiques différentes.

Certains chirurgiens, avec M. Terrier, préconisent hardiment la recherche et l'extraction des projectiles ayant pénétré dans l'intérieur de l'encéphale. Les belles recherches de M. Delorme, un grand nombre de faits anatomiques parmi lesquels il faut ranger celui que nous a présenté M. Terrier, ceux que M. Le Dentu a cités ou empruntés au mémoire de MM. Delbet et Dagron, font voir malheureusement que cette extraction est souvent impossible ou incomplète, qu'elle est inefficace presque toujours, enfin qu'elle peut être dangereuse. Il me paraît inutile, après les preuves que vous en a données M. Delorme, de revenir sur chacun de ces points ; l'extraction complète du projectile et de ses fragments, des esquilles osseuses projetées dans la substance cérébrale, des cheveux entraînés dans le trajet est le plus souvent impossible ; la désinfection du foyer tranmatique est dès lors illusoire ; le danger des fausses routes est au contraire trop réel et démontré par les expériences de M. Delorme et par l'observation de M. Terrier. Si ces tentatives ne doivent pas être complètement abandonnées, pour le moment elles ne doivent être pratiquées qu'avec une extrême réserve, et il faut, je le crois, les limiter à ces cas rares dont l'appréciation est remise au jugement de l'opérateur. M. Terrier s'indigne qu'on veuille assigner des bornes au pouvoir de la chirurgie ; aucun de nous ne voit ce que celle-ci pourra donner dans quelques années au point de vue qui nous occupe, mais sans préjuger des progrès qu'amènera l'avenir, on peut dire qu'au moment actuel la recherche et l'extraction des projectiles dans la masse encéphalique paraissent être plus dangereuses qu'utiles et que tout en les tentant dans quelques cas favorables, on ne saurait les reconnaître comme de pratique courante.

La seconde pratique, celle que préconise M. Gérard Marchant, est beaucoup plus réservée et je m'en rapproche bien davantage.

M. Marchant limite ses recherches à la zone qui environne la fracture ; il propose d'agrandir la perforation crânienne par la trépanation, d'extraire les esquilles, de débrider la dure mère, de faire sortir la bouillie cérébrale mélangée au sang qui avoisine la plaie d'entrée, de nettoyer le foyer superficiel de contusion cérébrale, et, si l'on n'y trouve pas le projectile de s'abstenir de recherches plus profondes à moins d'une indication évidente fournie par l'examen des parties.

Cette intervention superficielle qui, dans les cas où le projectile n'a pas pénétré profondément, peut donner un résultat très favorable en simplifiant la plaie et en permettant parfois de la rendre aseptique, ne me paraît cependant pas exempté de tout reproche : Dans les cas où elle n'amène pas la découverte et l'extraction de la balle, il ne me paraît pas indifférent d'exposer un blessé, qui a un corps étranger dans la substance cérébrale, aux chances défavorables qui peuvent résulter de l'administration du chloroforme, de l'excitation, des vomissements que celui-ci peut provoquer ; il peut être fâcheux de multiplier les chocs, les secousses, les actions mécaniques portant sur la boîte crânienne, et de placer le blessé dans des conditions si différentes du repos absolu qu'on prescrit aux sujets qui ont été victimes d'un traumatisme cérébral.

Je passerais encore sur ces inconvénients si l'intervention en question me paraissait véritablement efficace, mais je crains que M. Marchant ne se fasse sur elle bien des illusions. A quoi sert-il, en effet, de régulariser la plaie extérieure si, dans le plus grand nombre des cas, on est dépourvu d'action sur la partie la plus profonde et la plus importante du foyer traumautique ? et c'est ce qui aura lieu dans le plus grand nombre des cas, s'il faut en croire les faits anatomiques et les recherches expérimentales. Il y a surtout à craindre qu'entraînés plus loin qu'ils ne comptaient aller, des chirurgiens, n'ayant pas encore le tact et l'expérience voulue, n'aggravent les lésions qu'ils auraient dû respecter. C'est à ce point de vue là surtout, que je m'oppose à ce qu'on fasse de l'intervention la règle dans toutes les plaies pénétrantes du crâne par balle de revolver. Tout le monde n'a pas l'expérience, la circonspection, le sens qui fait qu'un chirurgien accompli sait quand il peut continuer les recherches et quand il doit s'arrêter. Le traitement des plaies du crâne par balles de revolver est un traitement d'urgence dont les indications sont du domaine général : je craindrais qu'en posant en règle formelle l'intervention on ne poussât des opérateurs mal habiles ou inexpérimentés dans une voie dangereuse et qu'on n'autorisât bien des imprudences.

Telle est la raison pour laquelle je pense qu'il vaut mieux ne pas faire de la trépanation primitive une opération d'urgence s'appli-

quant à tous les cas de plaie pénétrante du crâne : qu'il faut lui chercher quelque autre indication que la pénétration pure et simple du projectile. J'ajoute que, dans les cas où l'on croit devoir s'abstenir, il faut surveiller avec le plus grand soin l'apparition des accidents possibles, et, s'ils surviennent, recourir aussitôt à la trépanation secondaire qui, lorsqu'elle est faite à temps, est une des opérations les plus efficaces et les plus sûres que nous ayons à notre disposition.

M. Prengrueber. Je citerai seulement un fait qui montre, après beaucoup d'autres, combien le diagnostic du siège des projectiles est difficile à établir. Un homme se tire un coup de revolver dans la région temporale droite. Je constate chez lui de l'aphasie et des troubles de la motricité dans les membres droits. Il était naturel de supposer une lésion des centres moteurs du côté gauche. Je trépanai à leur niveau, persuadé que j'allais trouver le projectile. Après avoir incisé la dure-mère, je ne trouvai ni balle ni même aucune lésion appréciable. Le malade a succombé au bout de quelques jours à des accidents encéphaliques consécutifs, non pas à ma trépanation, mais à sa blessure.

M. Verneuil. En 1876, pour la première fois, dans la séance du 12 juillet, et ici même, j'ai soutenu, en l'appuyant sur des faits, l'opinion que, dans les cas de blessures cavitaires ou autres par les balles de revolver, le mieux était de s'abstenir de toute recherche du projectile, pour peu que l'opération présentât le moindre danger. J'ai cité à cette occasion trois cas de plaies de tête : deux terminées par la guérison sans opération ; une dernière, à issue mortelle, à la vérité, mais où recherche et intervention eussent été bien inutiles, la balle entrée par le front étant allée butter contre l'occipital.

M. Tillaux qui, seul, prit la parole en cette circonstance, opina dans le même sens.

En 1880, notre collègue, M. Picqué, publia dans la *Gazette hebdomadaire* (p. 102 et 116) une note fort intéressante intitulée : *De la non-intervention primitive dans les plaies par balles de revolver*. Il rapporte des faits assez nombreux et entre autres l'observation, prise dans mon service, d'une plaie pénétrante de la région temporale, certainement aggravée par les explorations, d'ailleurs infructueuses, faites par un praticien de la ville pour rechercher et extraire le projectile.

Mort le sixième jour. L'autopsie démontra que toute opération eût été inutile.

En 1881, à propos d'une observation assez incomplète, je repousse les explorations et les tentatives d'extraction. (Laffitte, *Thèse de*

Paris, 1882, p. 26; *contre-indications de l'extraction des balles de revolver.*)

En 1887, discussion longue et importante à la Société de chirurgie. Je cite cinq observations de ma pratique : deux guérisons sans opération; trois morts, deux sans intervention, l'une avec opération que l'autopsie a montrée inutile. (*Bull.*, p. 424 et suiv.)

L'année suivante, deux survies sans exploration ni intervention opératoire quelconque : la première chez un homme s'étant tiré un coup de revolver à la partie antérieure de la fosse temporale avec symptômes non équivoques de pénétration, entre autres issue de sang et de matière cérébrale. Pansement extérieur. Guérison sans accident en moins de quinze jours.

La seconde chez un jeune garçon de province à qui son frère avait tiré par mégarde un coup de carabine Flobert, à 1 mètre et demi de distance environ. Le projectile avait pénétré vers la partie moyenne de l'écaille de l'occipital.

Je vois le blessé le lendemain et le trouve dans un état comateux assez prononcé, mais sans signe de méningite ni d'encéphalite.

Le médecin avait constaté, avec une certaine modération, la pénétration intra-cranienne; il y avait d'ailleurs également issue d'un peu de substance cérébrale.

Nettoyage soigné de la région, compresse de gaze iodoformée, pansement ouaté en forme de turban, révulsifs sur les membres inférieurs; purgatifs légers, mais réitérés; aucun accident. J'ai revu l'enfant trois mois après, à Paris, où il habitait d'ordinaire. L'accident n'avait pas laissé de trace.

En 1891, à l'Hôtel-Dieu, on m'amène un homme qui s'était tiré, vers la bosse frontale droite, un coup de revolver à projectile de 9 millimètres. Hémorragie abondante, perte de connaissance, agitation, cris, convulsions. Je m'abstins naturellement de rien faire à ce moribond qui succomba, en effet, quinze jours environ après l'accident.

A l'autopsie, je cherche d'abord le projectile en sondant la plaie cranio-cérébrale avec beaucoup de soin et de lenteur. Je ne trouve rien. Le crâne ouvert, je trouve dans le lobe frontal des désordres qui eussent rendu toute opération inutile. De plus, je suis avec soin le trajet du projectile en le divisant à petits coups et à découvert avec la sonde cannelée.

Mais j'arrive à la face interne de l'occipital sans rien trouver, parce que la balle s'était déviée au bout de son trajet intra-cranien et était descendue jusqu'à la rencontre de la voûte du cervelet, en un point où ni un stylet rigide ni une sonde flexible n'auraient pu l'atteindre.

Je passe sous silence deux ou trois faits du même genre de bles-

sures, si graves d'emblée et si rapidement mortels, que je n'ai pu un seul instant songer à une action chirurgicale quelconque.

Dans cette discussion de 1887, presque tous ceux qui prirent la parole se prononcèrent pour l'abstention primitive, sur la difficulté du diagnostic de la pénétration, sur la non-intervention opératoire. C'est dans ce sens que se prononcèrent Lannelongue, Marc Sée, Le Dentu, Reclus, Monod, Berger, Polaillon.

Chose curieuse, M. Terrier (p. 417), fut l'un des plus affirmatifs, et fit la déclaration suivante :

« Que doit-on faire quand une balle pénètre dans le crâne et dans le cerveau ?

« La seule pratique rationnelle consiste à occlure avec soin la plaie après l'avoir lavée et à attendre les accidents, car rien ne nous autorise à pratiquer des désordres cérébraux pour extraire un projectile qui peut ne donner lieu à aucun accident. »

Voilà, je pense, une condamnation catégorique de l'exploration et de l'opération primitive. Aussi, je m'étonne que notre collègue ait si complètement changé d'avis, sans nous faire connaître les motifs de sa conversion.

Pour ma part, mes opinions n'ont guère varié depuis dix-huit ans, et il n'est pas probable que je devienne plus entreprenant qu'autrefois. A mon sens, il faudrait, pour serrer de plus près la question, continuer à rassembler de bonnes observations et les ranger en catégories, puis examiner successivement les trois points suivants :

1° L'exploration donne-t-elle des renseignements assez précis et assez utiles pour compenser ses inconvénients et ses dangers ?

2° Quand l'exploration, ce qui est rare, conduit jusqu'au projectile, rendra-t-elle souvent l'extraction plus aisée et plus favorable ?

3° L'extraction primitive du projectile assure-t-elle mieux la guérison que l'abstention provisoire ?

Si chacun de nous apportait ici la totalité d'observations, qui malheureusement se multiplient d'une manière effrayante, la pratique serait bientôt fixée et on pourrait, en connaissance de cause, tantôt agir, tantôt s'abstenir, tantôt attendre.

M. Quénu. L'argumentation de M. Berger contient un petit fait personnel. Notre collègue trouve étrange que je n'aie pas agi immédiatement dans le fait qu'il cite, au lieu d'attendre vingt-quatre heures. Je répondrai que si je ne suis pas intervenu sur l'heure, c'est que malheureusement je n'étais pas là. Mon abstention a donc été tout à fait involontaire.

Je ne puis pas m'arrêter à cette objection que notre manière de faire sera imitée par des médecins auxquels manqueront et notre

prudence et notre habitude de l'antisepsie. Un pareil argument n'est pas d'ordre scientifique. Faisons ce que nous devons faire d'abord ; à ceux qui nous imitent de nous imiter jusqu'au bout.

J'arrive à la question. Il est hors de doute que, dans une plaie causée par un projectile infecté, ce sont les parties les plus voisines du bord qui seront le plus contaminées. Le corps étranger s'essuie sur elles, et quand il arrive dans la profondeur, il peut être presque net. De là la fréquence encore assez grande de plaies pénétrantes qui ne s'accompagnent pas d'accidents d'infection ; mais il ne faut pas compter là-dessus. En quoi consistent, en somme, les précautions que nous prenons ? Diffèrent-elles beaucoup de celles que recommande M. Berger ?

M. Berger nettoie le pourtour de la plaie et la plaie extérieure elle-même ; il brosse, lessive, lave à l'éther, puis laisse les choses comme elles sont après l'application d'un pansement iodoformé.

De notre côté, nous brossons, lessivons, lavons aussi les abords de la blessure et la blessure elle-même ; mais, de plus que M. Berger, nous agrandissons la petite ouverture cutanée, nous explorons la plaie cranienne ; nous enlevons, s'il y a lieu, des esquilles et, presque toujours avec ces dernières, des cheveux, des débris de vêtement, la balle elle-même.

Le bénéfice est clair. Comment saurons-nous que ces corps étrangers se trouvent là si nous n'y regardons pas ? Et en quoi aggravons-nous la situation du blessé ? Est-ce le chloroforme que vous redoutez ? Il n'offre, à mon avis, aucun inconvénient. Est-ce cet ébranlement de la substance cérébrale qui résulterait de l'emploi de la gouge et du maillet, dans le cas où nous croirions devoir adjoindre la trépanation à notre première exploration. J'évite cet ébranlement en employant la pince-gouge. Notre intervention, je l'affirme, n'offre aucun danger. Si le malade succombe, c'est que le projectile était septique. Il guérit lorsque la balle n'est pas septique ou qu'elle l'est peu. Comme vous, nous nous prémunissons autant que possible contre cette infection de la plaie par le corps étranger ; mais nous le faisons plus complètement.

M. Pozzi. J'ai observé, il y a quelques années, avec M. Picqué, une jeune personne qui avait reçu un coup de revolver dans la région temporale. Le traitement avait consisté dans le lavage de la plaie cutanée et de la peau environnante. Tout se passa d'abord à merveille ; mais, au bout de quelques semaines, une hémicranie extrêmement douloureuse se manifesta. Aucune parésie motrice. L'examen de la blessure montrait une petite plaie circulaire recouverte par une croûte sous laquelle suintait un peu de pus. Un stylet introduit avec une extrême douceur dans cet orifice pénétra peu à

peu jusqu'à 5 à 6 centimètres de profondeur sans d'ailleurs rencontrer le projectile. Du pus s'échappa le long du stylet. J'incisai la peau, j'agrandis l'ouverture cranienne avec la pince-gouge ; la malade guérit bien.

J'ai aussi le souvenir d'un jeune homme qui s'était tiré dans la région temporale une balle de revolver de 7 millimètres. Il était dans un demi-coma ; le pouls battait 50 fois à la minute. Après avoir débridé la peau, je dus décoller le crotaphyte sous lequel me conduisait la sonde cannelée. Je trouvai dans la fosse temporale le projectile en rapport avec l'os intact. Le soir même, le pouls, chose curieuse, était remonté à 80.

On voit combien l'existence d'une plaie pénétrante eût semblé probable si l'exploration de la blessure n'avait pas été faite. Je pense, pour conclure, qu'il est toujours utile de désinfecter pour le moins le commencement des trajets creusés par les balles de revolver.

M. Ollier. Le fait suivant montre une fois de plus combien le diagnostic du trajet suivi par le projectile est difficile à faire. J'ai observé, il y a trois ans, un jeune homme qui s'était tiré un coup de revolver dans le conduit auditif. Il avait présenté à la suite de la paralysie faciale du côté blessé et une hémiplégie complète remplacée plus tard par de la contracture dans le côté opposé. Je refusai d'intervenir chez lui à cause de l'incertitude dans laquelle je me trouvais touchant le trajet de la balle. Plusieurs médecins de Lyon, parmi lesquels le professeur Lépine, l'examinèrent avec moi et furent d'avis que le projectile s'était logé dans le crâne en un point inaccessible. Le blessé me quitta pour revenir au bout de quelque temps. Il m'assurait qu'il souffrait vivement en un point fixe de la région temporale ; il me montrait même à ce niveau de l'œdème que je sus plus tard provoqué par lui. Je le trépanai et ne trouvai rien, même en explorant la substance cérébrale avec une aiguille aseptique. Pourtant, comme j'avais affirmé au malade que j'avais retrouvé et enlevé la balle, il alla beaucoup mieux. Par malheur, une indiscrétion lui fit connaître ma supercherie. Il revint me voir, puis vint à Paris, où il se soumit à l'examen de Charcot. Il se plaignait encore d'une douleur vive ressentie en un point fixe qu'il montrait obstinément. D'accord avec Charcot, M. Terrillon le trépana de nouveau ; mais l'issue de cette nouvelle opération fut fatale. Deux jours après, l'opéré succombait.

Quant à la balle, on la retrouva à l'autopsie dans un endroit où on ne la soupçonnait point : derrière le pharynx, et hors du crâne.

Présentation de malades.

1° *Rupture du rein ; hémorragie périrénale ; suture hémostatique du parenchyme rénal.*

M. Tuffier présente un malade chez lequel il est intervenu pour une déchirure du rein, par la suture du parenchyme rénal. L'observation de ce malade sera donnée dans un mémoire qui sera communiqué dans la séance du 4 avril.

M. Peyrot. Je profite de l'occasion qui m'est offerte par la communication de M. Tuffier, pour vous donner connaissance d'une observation à peu près semblable que j'ai recueillie dans le courant de l'année dernière.

B... (Pierre), maçon, âgé de 18 ans, vigoureux et bien planté, tombe en travaillant, le 6 septembre 1893, d'un échaffaudage haut de plusieurs mètres. Le côté gauche porte sur un tas de moellons. Le malade est transporté à l'hôpital Lariboisière. La première émission d'urine après l'accident amène un peu de sang ; à partir de ce moment, les urines redeviennent normales. Le blessé est traité par l'application de glace à l'extérieur et le régime lacté. Il reste quinze jours à l'hôpital, et sort souffrant encore un peu du côté, surtout lorsqu'il est debout et qu'il marche. On le garde quinze jours encore à Vincennes. Il ne se trouvait pas encore très bien ; les urines, à son dire, étaient pourtant claires et abondantes. La fin de la miction était un peu douloureuse. Après sa sortie de Vincennes, une certaine amélioration se produit ; le malade ne souffre plus et peut marcher sans difficulté.

Huit jours avant son entrée à l'hôpital, le malade éprouve en se levant un violent point de côté à gauche, accompagné de vomissements bilieux ; le côté gauche se tuméfie et devient douloureux. La veille de son entrée, il remarque que ses urines sont troubles ; elles lui paraissent moins abondantes qu'auparavant. Il entre dans ces conditions à Lariboisière, le 21 octobre 1893, et est couché dans mon service, salle Nélaton, n° 22.

Aspect extérieur. — Le côté gauche est tuméfié, rougeâtre, douloureux à la pression ; la percussion révèle une matité qui remonte en haut jusqu'au 6e espace intercostal, descend en bas jusqu'à la crête iliaque et s'étend transversalement jusqu'à une ligne verticale qui passerait dans le flanc droit, à 4 travers de doigt de l'ombilic. En palpant ce vaste empâtement, on éprouve, surtout à la partie antéro-interne de la tuméfaction, une sensation de fluctuation profonde.

Deux ponctions faites au milieu de la masse, l'une avec la seringue de Pravaz, l'autre avec l'aiguille de l'appareil de Potain, ne fournissent aucun liquide. On a seulement la sensation que l'aiguille traverse un tissu assez résistant. La température est de 37°,2. Les urines sont troubles ; elles contiennent un peu d'albumine, mais point de pus.

Après huit jours de repos, dans un nouvel examen fait le 28 octobre, on constate que la matité a un peu diminué ; elle ne remonte plus qu'au niveau du 9e espace intercostal. La douleur était également moindre.

Dans les premiers jours de novembre, des douleurs nouvelles et vives se montrent de nouveau sur le trajet de l'uretère gauche. Le malade ne dort plus, ne s'alimente plus ; il présente les signes d'une anémie profonde et maigrit rapidement ; il ne présente pas de fièvre vive ; mais la température axillaire s'élève de temps en temps le soir à 38°,2 et 38°4.

Le 8 novembre, son état s'aggravant de jour en jour, nous nous décidons à intervenir.

Opération. — Une incision, conduite de la partie moyenne de la 12e côte à la crête iliaque, mène rapidement sur la vaste cavité qui se révélait par les signes que nous avons énumérés plus haut. Elle est pleine de caillots, que l'on commence à enlever avec la main. Pendant que l'on pratique cette évacuation, du sang frais, rouge, s'écoule et bientôt semble jaillir du fond avec abondance. Je porte aussitôt le poing dans le fond de la poche pour faire la compression sur la partie où doit se trouver le rein, et en même temps, sur ma prière, mon collègue et assistant, M. Bazy, agrandit rapidement de 4 à 5 centimètres, par en bas, le long de la crête iliaque, l'incision primitive. Alors, à deux mains, la cavité est rapidement vidée de tous ses caillots ; une éponge achève d'enlever ce qui reste et on aperçoit deux ou trois gros vaisseaux par chacun desquels s'écoule un jet volumineux de sang rutilant. Trois longs clamps sont portés sur ces vaisseaux ouverts ; l'hémorragie est arrêtée. On reconnaît alors qu'il s'agit de vaisseaux de la partie supérieure du rein. Celui-ci, aplati, presque méconnaissable, siège à la partie interne et un peu postérieure de la poche, au-dessous de sa partie médiane. Il semble donc sensiblement abaissé. La rupture siégeait à sa partie supérieure. Le rein était immédiatement entouré de caillots fibrineux stratifiés, dans lesquels il se trouvait comme moulé. Le poids total des caillots était de 2k,600. Les pinces sont laissées à demeure ; pansement au moyen de compresses de gaze aseptique, laissées dans la cavité. Réunion des extrémités de l'incision par quelques crins de Florence.

A la suite de notre intervention, le malade nous a donné de vives inquiétudes. Il était dans un état d'affaissement complet. On a dû recourir aux injections d'éther et au sérum artificiel, dont on lui a injecté 200 grammes dans l'après-midi. Il a eu plusieurs syncopes.

Le lendemain, 10 novembre, une certaine amélioration s'était produite ; mais le soir la température s'élevait à 40°.

Le 11 novembre, les pinces laissées à demeure sont retirées ; on fait un grand lavage à l'eau boriquée.

Je passe sur le reste de l'observation ; à partir de ce moment, une amélioration lente mais continue fut obtenue ; la cavité diminua rapidement d'étendue. Après quelques jours, toute fièvre

disparut et le jeune malade sortit parfaitement guéri le 4 janvier 1894.

Je tiens à faire remarquer ce qui, dans ce fait, me paraît tout à fait curieux, l'extrême longueur des accidents. Voici un garçon qui est blessé le 6 septembre et chez lequel, le 8 novembre, les vaisseaux du rein saignaient comme au premier jour. La longue durée des hémorragies dans la rupture du rein est bien prouvée par la persistance si souvent notée des hématuries pendant quinze, vingt jours et même davantage. On en a rarement observé, je pense, d'aussi prolongée que celle dont je vous ai parlé. Vous voyez pourtant que, sous l'action du pincement, l'hémostase a été obtenue comme elle l'aurait été partout ailleurs.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,

PEYROT.

Séance du 28 mars 1894.

Présidence de M. VERNEUIL,

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Lettre de M. BERGER, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;

3° Lettre de M. NICAISE, demandant à la Société de vouloir bien lui accorder le titre de membre honoraire;

4° *Essai sur les trèves morbides,* par M. SAMUEL VORONOFF (*Thèse de Paris*, 1893);

5° *Compte rendu de la Société des Sciences médicales de Gannat pour l'année 1892-93.* Paris, 1893;

6° *Plaie pénétrante du cou par tentative de suicide*, par MM. F. MULLER, A. CARY et P. KOCH (de Luxembourg);

7° *Comptes rendus du congrès périodique international de gynécologie et d'obstétrique* (1re session, Bruxelles, 1892) ;

8° (a) *De l'intervention chirurgicale dans la splanchnoptose;* (b) *De la résection du rectum par la méthode de Schelkly*, par le Dr Depage (de Bruxelles);

9° *La trépanation du crâne. Histoire, technique, indications et contre-indications. Résultats*, par M. L. Gallez (de Bruxelles);

10° *Contribution à l'étude de la chirurgie de la plèvre et des lobes inférieurs du poumon,* six observations, par M. Delagenière (du Mans) (Extrait des *Archives provinciales de chirurgie*);

11° *Etude des différents modes de propagation du bacille tétanique*, par M. F. Bisserié (*Thèse de Paris*, 1894);

12° M. Audain (de Port-au-Prince) adresse deux observations intitulées : (a) *Hernie lombaire congénitale;* (b) *De certaines localisations rares de la puce-chique* (*pulex pénétrans*) (M. Brun, rapporteur).

A propos du procès-verbal.

Déchirure grave du rein. Nephrectomie cinq jours après l'accident. Guérison,

Par le Dr Gérard-Marchant, chirurgien des hôpitaux.

Je désire, à propos du blessé que nous a présenté dans la dernière séance M. Tuffier, vous relater l'histoire d'un cas de déchirure totale du rein, diagnostiquée à la période hémorragique et traitée avec succès par la néphrectomie.

Il s'agit d'un homme de 37 ans, fort, vigoureux, qui, projeté en bas d'une voiture, est tombé sur le bord tranchant d'un trottoir, celui-ci heurtant l'espace situé au-dessous des dernières fausses côtes du côté gauche.

Ramené chez lui, ce malade accusa une douleur des plus vives, dans la région lombaire gauche. Le Dr Foret de Faye, appelé immédiatement après l'accident, constata de l'hypothermie (35°), de la petitesse du pouls, un état syncopal avec tendance au refroidissement.

Le lendemain il avait de la rétention d'urine : le Dr Foret de Faye pratiqua un cathétérisme aseptique, et retira du liquide « qui lui sembla du sang pur, ayant la coloration des gros vins rouges du Midi ».

L'hématurie persista pendant quarante-huit heures, puis les urines devinrent claires mais rares, puisque trois jours après l'accident, le

blessé ne rendit que 100 grammes d'urine : à cette oligurie succédait, le quatrième jour, de la polyurie.

L'état général restant grave, des phénomènes péritonéaux s'étant montrés, je fus appelé auprès de ce blessé par le Dr Foret, de Faye.

Je fus immédiatement frappé par la pâleur extrême de son visage, la gêne respiratoire, par sa parole brève, saccadée. Le pouls restait petit, rapide, bien que le thermomètre accusât 38°.

Je constatai trois ordres de symptômes :

1° Des phénomènes péritonéaux ;

2° Une tumeur rénale ;

3° Des ecchymoses, et un signe sur lequel j'appelle l'attention de la Société, une infiltration œdémateuse de l'épididyme et du cordon spermatique.

Phénomènes péritonéaux. — Le ventre était ballonné, tendu, douloureux, mais pas dans son ensemble surtout dans la portion gauche avoisinant la zone péri-rénale. Il n'y avait aucune trace appréciable d'épanchement dans le péritoine. Les nausées et les vomissements des premiers jours avaient plutôt diminué. J'écartai donc l'idée d'une péritonite, et attribuai ces accidents de *péritonisme*, au voisinage d'un foyer traumatique.

Tumeur rénale. — L'exploration de la région rénale gauche était particulièrement difficile. Le blessé éprouvait à ce niveau des douleurs spontanées, rendant tout mouvement fort difficile, et la moindre pression provoquait une sensibilité des plus vives.

La paroi abdominale était contracturée à gauche, et bien que l'examen fût pratiqué avec douceur, que la pression exercée sur les muscles fût lente, progressive, il y avait une révolte vigilante de ces muscles. C'est là un caractère qui a été signalé et que j'ai retrouvé chez un autre blessé observé à Bicêtre[1].

J'arrivai cependant à constater que toute la zone péri-rénale était le siège d'un gonflement et d'un empâtement descendant jusqu'à la fosse iliaque. La matité était absolue dans toute cette zone, et le médecin du blessé, qui avait assisté à la formation de cette tuméfaction, insista beaucoup sur son caractère de progression rapide dans les dernières vingt-quatre heures.

Ecchymoses. — Il existait aussi des ecchymoses *à distance*, car l'examen le plus attentif du côté de la région lombaire gauche ne nous révéla aucun changement de coloration à ce niveau.

Ces ecchymoses à *distance* existaient :

1° L'une au niveau de l'orifice externe du canal inguinal et sous la paroi ilio-inguinale ;

2° La seconde, fort curieuse, à la face dorsale de la racine de la verge : elle avait une teinte violette très accusée, et ses dimensions étaient celles d'une pièce de deux francs environ.

[1] Gérard-Marchant et Aldibert, *Du diagnostic et de l'intervention chirurgicale dans les déchirures du rein*, 1889, p. 47.

En explorant le cordon, je fus frappé de son augmentation de volume dans toute sa partie accessible. Il était au moins triplé de volume, et cette infiltration œdémateuse, très probablement d'origine hématique, se prolongeait jusqu'à l'épididyme. C'est là un signe d'une compréhension facile, étant donné la migration du sang, mais dont je n'ai pas trouvé la mention dans les nombreuses observations qui ont servi à mon mémoire sur la déchirure du rein [1].

Je portai le diagnostic de déchirure du rein en me basant sur l'ensemble des symptômes, et comme l'état général du blessé était grave, que la tuméfaction péri-rénale allait en s'accroissant, je proposai une intervention consistant à découvrir le rein et à agir suivant les circonstances.

J'avais le souvenir très vivant d'un blessé de ce genre, que j'avais laissé succomber à Bicêtre, en 1886, lorsque je suppléais mon collègue M. Reclus, et je ne voulais pas m'exposer à la même éventualité [2].

J'avais d'autant plus d'espoir de sauver ce blessé, que son traumatisme était bien localisé, et qu'il ne présentait aucune de ces lésions concomitantes, si fréquentes dans cette variété de traumatisme [3] et qui rendent illusoire une intervention.

Je me décidai à aborder le rein par la *voie lombaire;* je m'étais assuré, en effet, qu'il n'existait pas d'épanchement péritonéal [4].

L'opération fut pratiquée le 14 décembre 1893, chez les frères Saint-Jean-de-Dieu avec l'aide de mes internes MM. Blanc, Collet, Lapeyre, et l'assistance du Dr Forêt de Faye.

Après les précautions antiseptiques d'usage, sous le chloroforme, je fis une longue incision lombaire [5], partant de l'échancrure costo-vertébrale pour aboutir à l'épine iliaque antérieure et supérieure.

La section de la peau et des muscles se fit en pleins tissus normaux, mais l'aponévrose profonde était livide, violette, infiltrée de sang; elle bombait fortement et à peine fut-elle entamée qu'un flot de sang pur, non mélangé d'urine, évalué à un litre environ fut projeté à distance, inondant le champ opératoire.

Après avoir agrandi de deux coups de ciseaux les limites de la cavité hématique, avoir enlevé les caillots qui étaient surtout dans la zone juxta-rénale, il me fut facile de voir que le rein était divisé en deux fragments égaux, et séparés l'un de l'autre par une distance de trois travers de doigt, au moins.

[1] *Loc. cit.*, p. 27.

[2] On trouvera l'histoire très détaillée de ce blessé dans le mémoire précité.

[3] Ces lésions concomitantes consistent en fractures de côtes, déchirures du foie, de la rate, en fractures du crâne, etc., etc.

[4] Si chez l'adulte la déchirure du péritoine est exceptionnelle, elle s'observerait fréquemment chez l'enfant puisque sur 15 cas elle a été signalée 8 fois.

[5] Je dois remercier mon collègue Bazy, qui assistant M. Peyrot dans l'opération qu'il vous a rapportée, avait pu se rendre compte des difficultés et des dangers qui résulteraient en pareil cas d'un jour insuffisant, et me conseilla de pratiquer une brèche aussi large que possible.

Que restait-il à faire ?

Je ne pouvais songer à la suture, en présence de cette division totale, absolue de deux moitiés du rein. Le fragment inférieur était d'ailleurs privé de sa capsule ; d'ailleurs toute manœuvre provoquait un suintement sanguin, provenant de la région du hile.

Devant l'impossibilité de conserver ce rein ou l'un de ses fragments, je me décidai à faire la néphrectomie.

Je fis alors repousser les fragments du rein par un aide comprimant avec le poing la région abdominale. — Il me fut ainsi plus facile d'aborder les deux fragments.

Le fragment inférieur fut facilement attiré à l'extérieur, pendant qu'une pince courbe enserrait son pédicule. Le fragment supérieur était fortement remonté au-dessous du diaphragme, et toute tentative pour l'amener au dehors restait infructueuse et provoquait un écoulement sanguin abondant. C'est alors que j'eus l'idée d'ouvrir au bistouri la capsule engainant encore ce fragment, et ainsi la décortication fut des plus simples ; une pince à pression courbe fut glissée au niveau de ce second pédicule, et toute hémorragie cessa.

Des fils de soie furent placés au-dessous des pinces, de façon à atteindre le pédicule ; cette manœuvre fut des plus simples.

Après avoir nettoyé à l'eau naphtolée le foyer traumatique, je reconstituai les divers plans de la région par des sutures perdues, ne laissant un passage que pour deux gros tubes répondant à la partie moyenne de l'incision. Pansement à la gaze iodoformée. Compression ouatée et large bandage de flanelle immobilisant la paroi abdominale.

Les suites opératoires ont été des plus simples, ainsi qu'en témoigne la feuille de température que je mets sous vos yeux. Le soir de l'opération le thermomètre marquait 38°,3, et dès le lendemain la température retombait à 37°,4, pour s'y maintenir définitivement.

Le pouls ne dépassa pas 84.

Dès le premier jour l'opéré rendait 760 grammes d'urine ; le lendemain, 1,000 grammes ; le troisième jour de l'opération, 1,000 grammes ; le quatrième jour, 1,200 grammes ; le cinquième et le sixième jour, 1,450 grammes ; et à partir du septième jour jusqu'à la guérison, 1,500 grammes.

Je transcris ici l'examen des urines pratiqué par M. Leclerc huit jours après notre intervention :

« L'urine qui nous a été remise avait une couleur jaune pâle, un aspect trouble et une réaction légèrement alcaline au papier de tournesol.

« Elle marquait 1,016 au densimètre.

« Soumise à l'action de la chaleur, elle nous a fourni un louche qui aurait pu faire croire à une petite quantité d'albumine ; seulement, après un contact suffisamment prolongé avec l'ammoniaque, nous avons vu que ce précipité était entièrement dû au mucus de cette urine.

« De même, la potasse, la liqueur cupro-potassique et le saccharimètre nous ont montré qu'elle ne renfermait pas de glucose.

« Quant à l'analyse quantitative, faite pour les principaux éléments constituants, elle nous a donné par litre :

Matières dissoutes ou extraites à 100°......	32 gr.86
Urée....................................	25, 42
Acide urique............................	0, 58
Acide phosphorique......................	0, 98
Chlorures...............................	2, 36
Éléments minéraux anhydres............	5, 63

« Au microscope, on trouvait :

1° Des cellules épithéliales ;

2° Des leucocytes ;

3° De l'urate de soude ;

4° Du phosphate ammoniaco-magnésien.

« Il résulte donc de cette analyse, que cette urine s'éloigne de la composition normale par les sédiments observés au microscope. »

La guérison définitive a été obtenue en moins de trois semaines : la cicatrisation s'est faite sans laisser de fistule.

Le blessé, que j'ai revu souvent depuis son accident, est dans un état de santé des plus satisfaisants.

J'appelle votre attention sur les fragments enlevés : la déchirure s'est effectuée obliquement de haut en bas, de dehors en dedans, un peu au-dessus de la partie moyenne. L'incisure du segment supérieur est taillée aux dépens de sa face interne ; celle du segment supérieur dessine une sorte de *V* déchirant toute la région du hile.

Il n'y a pas trace des artères et veines rénales ; du bassinet il ne subsiste que quelques calices de la partie inférieure.

Sur les contours des deux fragments, on aperçoit des îlots blanchâtres, cerclés de noir, véritables îlots de mortification.

A la coupe : le segment inférieur apparaît exsangue ; des caillots sanguins infiltrent la région du hile ; le segment supérieur est très congestionné ; la teinte des pyramides tranche élégamment sur la teinte pâle de la zone sous-capsulaire.

Il s'agit dans ce cas d'une déchirure grave, qui a nécessité un traitement exceptionnel, la *néphrectomie*. Je me félicite ici d'autant plus de cette intervention que le rein était en voie de mortification et qu'il aurait fallu l'enlever par une néphrectomie secondaire. Mais autant que possible il faut conserver le rein, et lorsqu'on pourra agir comme l'ont fait MM. Tuffier et Peyrot, l'un qui a fait la suture du rein déchiré, et l'autre qui a placé des pinces à demeure, ce sera au grand avantage du blessé.

Suite de la discussion sur les plaies du crâne par balles de revolver.

M. Polaillon. J'ai été encouragé un moment à intervenir, dans les plaies du crâne et de l'encéphale par balle de revolver, par un

fait qui s'est passé dans mon service et que M. Poirier a d'ailleurs publié.

Il s'agissait d'un jeune garçon qui s'était tiré un coup de revolver dans la tempe droite. On l'avait porté dans mon service, et M. Poirier, appelé d'urgence près de lui, avait débridé la blessure, trépané avec l'instrument spécial qu'il a inventé, introduit le doigt dans la plaie encéphalique, senti et retiré le projectile. Après cette intervention heureuse, le malade avait guéri, non sans que le trajet suppurât cependant et sans que le cerveau formât pendant assez longtemps un champignon bourgeonnant qui finit par se rétracter.

Fort de cette observation, j'étais assez porté à accepter une thérapeutique active lorsque l'année dernière je pus observer le fait suivant :

Une jeune fille de 16 ans qui s'était tiré dans la tempe une balle de revolver de petit calibre entre dans mon service.

Le premier examen avait démontré une perforation osseuse manifeste.

Cependant, comme il ne s'était produit à la suite de la blessure ni parésie faciale ou autre, ni trouble oculaire, ni phénomène morbide quelconque, je crus devoir m'en tenir à l'expectation. Au troisième jour, des accidents se montrent : céphalalgie avec points douloureux du côté du front et de la nuque, accroissement de la température un peu au delà de 38°. De la glace est appliquée sur la tête ; j'attends encore ; mais le lendemain la température avait encore monté ; la céphalalgie était plus violente. Il y avait un début évident de méningite. J'appliquai aussitôt une couronne du trépan pour agrandir l'ouverture cranienne et, avec un stylet mousse, je cherchai la balle dans le trajet ouvert devant moi. Je ne la trouvai pas. La malade mourut le jour suivant et, à l'autopsie, on put constater que j'avais fait une fausse route dans le cerveau. La balle était restée dans le lobe antérieur correspondant à la blessure.

Dans un deuxième fait tout récent, je n'ai pas été plus heureux.

Un homme se tire un coup de revolver dans la région temporale gauche ; le premier examen fit voir nettement une perforation du crâne. Le blessé était dans le coma, avec le pouls lent, la respiration un peu stertoreuse ; il était évidemment perdu. Une tentative d'intervention ne pouvait lui nuire. Je débridai les parties molles, agrandis la perforation osseuse sur le rebord de laquelle je trouvai un morceau de plomb laissé par la balle ; puis, me rappelant ce fait que je vous contais tout à l'heure, instruit aussi par la discussion qui se continue dans notre Société depuis plusieurs semaines, je me résolus à explorer le trajet encéphalique au moyen d'une boule métallique de 4 millimètres de diamètre portée sur une tige mince et souple que je poussai tout doucement dans la blessure.

L'instrument pénétra sans résistance et s'enfonça jusqu'à l'occiput; mais il ne rencontra aucun projectile. Le blessé, plongé dans le coma, ne réagissait en aucune façon. Il succomba le soir. A l'autopsie, faite avec le plus grand soin, je dus constater que, dans ce cas aussi, j'avais probablement encore fait une fausse route. Tout près de l'orifice cranien on voyait un trajet de quelques centimètres, parsemé de petites esquilles, mais bientôt interrompu brusquement. A sa suite, un trajet plus long, d'un aspect différent et causé sans doute par la sonde. Mais nulle part la balle ne fut rencontrée. Nous l'avons cherchée longuement sur des coupes minces, puis en pétrissant le cerveau entre les doigts. Nous n'avons pu la retrouver. La base du crâne a été explorée attentivement. Là non plus il ne nous a pas été possible d'apercevoir le projectile.

Ces deux faits ne sont évidemment pas en faveur de l'intervention. Trouver la balle est affaire de chance. Si, par une exploration prudente, on ne la rencontre pas tout de suite au voisinage de la plaie cranienne, il ne faut pas insister.

M. Dayot fils (de Rennes), membre correspondant, communique l'observation suivante :

Plaie par arme à feu du crâne. Trépanation. Guérison.

Le 30 juillet 1890, Y..., employé, âgé de 32 ans, entrait à l'Hôtel-Dieu avec une plaie de la région temporale droite, due à un coup de pistolet Flobert.

Il y avait quatre jours que Y... avait tenté de se suicider. Quoique ayant éprouvé un vertige passager après ce coup de feu, il n'était pas tombé et avait conservé sa connaissance. Une légère hémorragie s'était produite.

Antécédents héréditaires et personnels bons. — Y... passe près de ses camarades pour un brave garçon, malheureusement atteint du délire de persécution.

L'orifice créé par le projectile, très petit, à bords contus et noirâtres, siégeait à 4 centimètres en arrière de l'apophyse orbitaire externe et à 3 centimètres au-dessus de la ligne prolongée du sourcil. Il occupait le point culminant d'une tuméfaction formant une forte saillie sur la tempe. Des signes manifestes de réaction locale : tension, douleur, rougeur, écoulement d'une petite quantité de pus, indiquaient que la plaie était infectée. Il y avait une légère réaction générale à 38°,2.

Il n'y avait aucuns troubles de motilité, ni de sensibilité ; l'intelligence était intacte ; aussi l'idée d'une plaie pénétrante du crâne semblait-elle peu probable. D'ailleurs, la faible puissance de l'arme employée ne permettait guère de s'y arrêter. Nous venions aussi d'observer chez une jeune fille une plaie de la région temporale gauche, produite par un revolver de petit calibre ; la balle, que nous avons extraite, s'était aplatie sur le crâne, dont elle avait détruit le périoste, mais n'avait pas pénétré.

Dans cette hypothèse, l'extraction du projectile nous paraissant aisée et nécessaire d'une part, l'état de la plaie demandant une désinfection soignée de l'autre, nous pratiquâmes une incision cruciale qui nous conduisit dans un foyer rempli de caillots et de pus. Ce foyer étant bien détergé, aseptisé à la solution forte et au chlorure de zinc au dixième, nous avons pu facilement reconnaître, ce dont nous nous doutions, une perforation de la boîte cranienne. L'orifice d'entrée de la balle avait les dimensions d'une lentille ; il était très net et comme taillé à l'emporte pièce. Il y avait du pus dans cet orifice.

L'existence de ce foyer de suppuration intra-cranienne nous décida à agrandir la plaie osseuse et à lui donner les dimensions d'une bonne pièce de deux francs. Nous avons pu extraire une rondelle d'os et deux petites esquilles et aseptiser la cavité limitée par le crâne et la dure-mère décollée.

La dure-mère présentait un petit trou obstrué par un caillot. Ce caillot enlevé laissait voir la substance cérébrale. Nous nous sommes abstenu du cathétérisme et n'avons pas recherché le projectile, probablement logé dans la substance cérébrale.

Après avoir fait une toilette minutieuse du foyer, nous avons établi un drainage à la gaze iodoformée en mèche. La plaie a été suturée ; le drain correspondait à l'union des angles de l'incision cruciale.

Les suites de l'intervention ont été bénignes et la guérison a été définitive.

Un léger sphacèle de la pointe des angles de la plaie cruciale a déterminé un peu de suppuration. La cicatrisation ne s'est faite qu'au bout d'un mois.

M. Monod. Depuis que la discussion pendante sur le traitement des plaies du crâne par balles de revolver a été ouverte parmi nous, j'ai eu occasion de voir dans mon service, presque coup sur coup, trois cas de ce genre qu'il me paraît intéressant de résumer en quelques mots.

Le 3 mars dernier, on amenait dans mon service, à l'hôpital Saint-Antoine, un homme, âgé de 55 ans, qui, le matin même, s'était tiré dans la région temporale droite un coup de revolver, petit calibre. Il était sans connaissance. Les membres supérieur et inférieur du côté gauche étaient paralysés et retombaient inertes lorsqu'on les soulevait. Cependant, par moments, spontanément, les muscles de ce même côté entraient en contraction, ou, devenant le siège de petits accès convulsifs, imprimaient aux deux membres, et particulièrement au supérieur, des mouvements épileptoïdes.

L'état du blessé paraissait tellement grave que j'étais peu disposé à intervenir activement. Il me parut cependant que, conformément à la thèse défendue ici par quelques-uns de nos collègues et par moi-même, il ne pouvait y avoir aucun inconvénient à agrandir et à désinfecter la plaie des parties molles, et à me rendre compte de l'état des os sous-jacents ; disposé que j'étais à agir, s'il y avait lieu, sur ceux-ci, à

relever quelque fragment enfoncé, et en extraire les esquilles que je pourrais découvrir. D'avance j'étais, au contraire, bien décidé à ne pas poursuivre dans le cerveau la balle qui, d'après les symptômes observés, y avait certainement pénétré.

J'agrandis donc au bistouri par une incision cruciale la plaie cutanée, je poursuivis le trajet de la balle à travers le muscle temporal et parvins enfin sur le squelette.

Je pus alors constater que l'os temporal était traversé par un trou rond, ayant les dimensions d'un petit pois, parfaitement régulier, sans aucun fracas ni enfoncement osseux, par lequel ne s'écoulait ni sang, ni liquide séreux, ni matière cérébrale.

Je crus plus sage de ne pas aller plus loin, persuadé que j'étais que la balle avait pénétré dans la substance cérébrale, et convaincu qu'il y aurait danger à l'y aller chercher. Je m'abstins même de toute exploration au stylet et à la sonde, sachant, par les expériences de M. Delorme, que les fausses routes, en pareilles explorations, sont inévitables.

Je me contentai donc de toucher les surfaces mises à nu avec la solution de chlorure de zinc à un dixième et pansai à la gaze iodoformée.

Le malade mourut le lendemain soir, sans avoir repris connaissance. L'autopsie ne fut pas autorisée.

Mon second cas est absolument superposable au premier, avec cette différence que j'ai pu, cette fois, examiner *post mortem* le trajet suivi par le projectile.

Il s'agit encore d'une balle de revolver de petit calibre, ayant pénétré dans le crâne au niveau de la tempe droite.

Le blessé, un homme de 32 ans, est apporté dans mon service le 25 mars au soir. Lorsque je le vis, le 26 au matin, il était dans un coma profond, avec respiration rapide ; hémiplégie gauche absolue, sans mouvements convulsifs ni contractures, anesthésie complète dans les membres paralysés. La mort paraissait tellement imminente que toute espèce d'intervention me parut contre-indiquée.

Le blessé mourait, en effet, le lendemain matin, sans avoir présenté aucun phénomène digne d'être noté.

Je donnerai dans la prochaine séance le procès-verbal complet de l'autopsie. Il me suffira de dire aujourd'hui que la balle, après avoir, comme dans le cas précédent, perforé le temporal par un trou à l'emporte-pièce, sans fracas ni esquilles, avait traversé de part en part l'hémisphère droit, puis, continuant son trajet, traversé de même l'hémisphère gauche ; buttant contre la calotte cranienne au niveau de la face interne du pariétal gauche, elle s'était réfléchie, avait de nouveau atteint le cerveau à la hauteur de la circonvolution pariétale supérieure, à la surface de laquelle elle

avait creusé une gouttière, pour s'arrêter au pli courbe, où on la retrouva passablement déformée.

La constatation de pareilles lésions ne faisait pas regretter l'abstention qui avait été observée.

Mon troisième fait est tout récent. Il date d'hier matin.

Un homme de 61 ans m'est présenté à mon arrivée dans le service. Il s'est tiré dans la nuit un coup de revolver dans le front. Il porte sur la ligne médiane, un peu au-dessus de la racine du nez, une plaie étoilée, à bords irréguliers, noircie par la poudre, qui saigne peu. Aucun signe réactionnel ni fonctionnel. L'intelligence est absolument intacte, il n'y a aucun trouble ni de la motilité ni de la sensibilité. Il n'y avait donc point lieu de penser que le projectile eût pénétré dans le crâne. Et si je suis intervenu dans ce cas, c'était dans le but de régulariser et de nettoyer le trajet, et aussi d'extraire le corps étranger que je m'attendais à découvrir soit à la surface, soit dans l'épaisseur de l'os. Éventuellement, je me réservais d'agir sur le squelette, si je trouvais des esquilles ou un enfoncement osseux qui, dans cette région, celle du sinus frontal, pouvait exister sans trouble cérébral.

Je circonscrivis un lambeau quadrilatère, à base intérieure, comprenant à son centre l'orifice d'entrée de la balle. Je pensais, en agissant ainsi, faciliter mon exploration et assurer un meilleur traitement du trajet.

Ce petit lambeau, rabattu de haut en bas, je rencontre immédiatement un premier fragment de plomb aplati, de la forme et de la dimension d'un petit bouton de chemise; ce fragment est mobile et tombe pour ainsi dire dans la main. Plus profondément, un second fragment est aperçu, solidement encastré dans l'os. La pénétration est telle que, pour l'extraire, je suis obligé de me servir de la gouge, avec laquelle je creuse l'os pour en détacher le plomb qui y adhère.

Il n'existe du reste aucune solution de continuité du frontal. Je n'ai donc plus qu'à remettre en place le lambeau après avoir soigneusement désinfecté sa face profonde et le trajet du projectile. Je le fixe à l'aide de quelques points au crin de Florence, je réunis de même les bords de l'orifice d'entrée de la balle, préalablement avivés aux ciseaux, en ménageant un petit orifice central, de précaution : drainage sans drain.

Cet homme, revu ce matin, est absolument bien portant; il sera guéri dans quelques jours.

A ces trois faits, j'ajoute le résumé sommaire de deux autres plus anciens, chez lesquels je me suis bien trouvé de l'expectative absolue. On verra du reste que dans ces deux cas elle était de rigueur. Elle l'était assurément dans celui-ci.

Un nommé Hourcade, homme de 44 ans, fut amené dans mon service le 11 mars 1887. Il venait de recevoir, à la hauteur de l'œil gauche, un coup de carabine Flobert. Le blessé est dans le coma. Dès le lende-

main, il reprend un peu connaissance, mais ne s'exprime qu'avec la plus grande difficulté.

Je passe les détails de la très longue observation de ce malade. Qu'il me suffise de dire qu'il finit par se rétablir complètement, ne conservant de son accident que la perte de la vision du côté blessé. Il dut même ultérieurement subir l'ablation de l'œil gauche. J'ai revu depuis, à plusieurs reprises, cet homme, et tout récemment encore. Il conserve toute sa vigueur physique, sans aucun trouble de la motilité et de la sensibilité. Seule l'intelligence paraît demeurer affaiblie. Pas un seul instant, j'ai à peine besoin de le dire, il ne fut question d'aller à la recherche du projectile qui, pénétrant par l'orbite, avait été se perdre dans le crâne, en frôlant au passage la troisième circonvolution frontale gauche.

Chez le dernier blessé, dont j'ai à vous entretenir (homme de 37 ans, entré à l'hôpital Saint-Antoine le 20 novembre 1892), la balle tirée dans l'oreille droite avait été se loger dans le rocher.

Il se présente à nous avec une paralysie faciale droite complète, sans aucun indice de lésion cérébrale. L'explorateur électrique, introduit par M. Trouvé, dans le trajet situé sur la paroi postérieure du conduit auditif, dénote la présence du projectile arrêté dans le rocher. Je ne crois pas cependant devoir aller à sa recherche ; ou du moins crois-je devoir, pour intervenir, attendre quelques indices de réaction cérébrale, qui, je le répète, faisaient absolument défaut. Je ne pense pas que l'existence de la paralysie faciale fût une indication pour l'intervention. Je n'imagine pas, en effet, qu'il soit possible d'aller chercher un projectile dans le rocher au voisinage du facial, sans augmenter, loin de diminuer, les lésions du nerf.

Je me suis donc contenté de traiter par des lavages et des pansemens antiseptiques, le petit trajet suppurant de l'oreille, trajet qui bientôt cessa de fournir un écoulement.

J'ai revu ce malade cette année même (février 1894). Il conserve sa paralysie faciale, mais n'a toujours et n'a jamais eu aucun trouble cérébral ni méningé. Le projectile s'est enkysté dans le rocher sans déterminer aucun phénomène réactionnel.

Si à ces cinq faits, je joins celui que je vous ai communiqué dans une séance précédente, j'arrive à un total de six observations, qui constituent ma statistique intégrale de plaies du crâne par balles de revolver.

Il m'a semblé que ce document était à joindre à tous ceux qui vous ont été fournis dans cette discussion.

M. Quénu. Dans sa dernière opération, M. Polaillon est intervenu parce que le malade était dans le coma ; or le coma me paraît être une véritable contre-indication à toute opération.

En répondant à M. Berger, j'ai oublié de dire que je considérais la désinfection parfaite d'un foyer cérébral comme très difficile. Le plus souvent, cette désinfection n'est que partielle. Le malade semble guéri ; mais au bout de cinq à six mois, une nouvelle suppuration s'établit. Il ne faut donc pas considérer comme définitivement guéris les malades qui sortent de l'hôpital en bon état.

M. Monod. Je suis de l'avis de M. Quénu à propos du coma, et c'est à cette idée que j'ai obéi dans le fait que je vous ai rapporté.

M. Reclus. Il ne faudrait pourtant pas aller trop loin. Le coma pourrait être dû à la rupture d'un gros vaisseau. Je veux bien que cet accident soit rare avec les plaies de revolver : mais si par hasard il se produisait, il est certain que la trépanation serait parfaitement indiquée.

M. Quénu. A la rigueur, une lésion vasculaire est possible ; mais il ne faut pas oublier que dans les plaies dont nous parlons la boite cranienne est perforée, ce qui permet au sang de s'écouler. La compression sera donc forcément très rare. J'ai, dans un cas, lié une branche de la méninge moyenne ; il n'y avait pas de coma.

M. Polaillon. Je dirai avec M. Reclus que le coma n'est pas une contre-indication. Il rend évidemment le pronostic plus sérieux, mais ne doit en aucune façon faire rejeter l'intervention.

Les suppurations tardives dont parlait M. Quénu sont communes. Récemment j'en ai observé un cas sur un malade blessé par la bombe de Vaillant et qui avait dû être trépané sur la région pariétale gauche. Après avoir paru à peu près guéri, ce malade avait été pris de céphalalgie et d'accidents convulsifs dans le membre supérieur droit. Un abcès s'était formé au niveau de la blessure. Je me contentai de l'ouvrir et de le laver soigneusement. Une esquille pointue se présenta bientôt que je pus retirer, et la guérison définitive fut obtenue.

M. Delorme. Dans les perforations du crâne par coups de feu, sans doute la compression exercée par des caillots extra-duremériens fournis par la méningée moyenne se forment plus rarement que dans les fractures déprimées communes, puisque le sang trouve le plus souvent une issue directe à l'extérieur ; mais une compression avec obturation de la plaie par le pansement peut provoquer la formation de ces caillots.

Je ne crois pas que d'une façon générale, le coma puisse toujours être une contre-indication à l'opération. A côté des comas qui sont liés à des processus non passibles d'interventions chirurgicales

directes, il en est qui sont liés à des abcès cérébraux. En pareil cas, l'opération est légitime.

M. Verneuil. Je ne pense pas qu'il faille donner au coma dans les lésions cérébrales une valeur trop grande. J'ai vu guérir des malades qui étaient restés plusieurs jours dans un état comateux.

Communication.

Sur l'exothyropexie,

Par M. Poncet (de Lyon).

Le manuel opératoire de l'exothyropexie varie suivant le volume et la forme du goitre qu'il s'agit d'exposer à l'air.

Nous tenons à le faire remarquer immédiatement, il est des goitres qui ont rétrocédé par la simple incision des parties molles qui les recouvrent, incision qui était cruciale. Il en est aussi qui ont diminué de volume dans leurs différents lobes après l'attraction à l'extérieur d'un seul lobe, celui qui paraissait amener des accidents, de compression ou d'autre nature. L'incision pratiquée alors pour produire leur luxation était simplement médiane.

Des goitres peuvent ainsi diminuer après la simple incision des téguments et des plans musculo-aponévrotiques qui les recouvrent. Nous croyons inutile de décrire le manuel opératoire de cette section.

Quand on pratique l'exothyropexie véritable, on doit procéder de la manière suivante :

Une incision médiane est faite sur le cou, allant du cartilage cricoïde jusqu'à la fourchette sternale, mais auparavant on provoquera le gonflement de la veine jugulaire antérieure par la compression des parties molles au-dessus de la fourchette du sternum afin d'éviter et de récliner ce vaisseau. S'il était nécessaire de le sectionner, en raison de sa direction encombrant le champ opératoire, on l'isolerait au préalable et on le couperait entre deux pinces hémostatiques. Puis, la ligne blanche cervicale est incisée dans toute sa longueur et l'on arrive dans les couches cellulaires pré-thyroïdiennes. A ce moment, on n'a rencontré qu'une seule veine. Aucun gros vaisseau ne doit désormais être blessé. Avec les doigts on agrandit, on dilate cette ouverture médiane, les muscles, les aponévroses de la région sous-hyoïdienne sont réclinés à droite et à gauche, au devant de la couche lamelleuse lâche préthyroïdienne. Les doigts, et les doigts seuls, sans instruments qui

Paris. — Imp. Paul Dupont, 4, rue du Bouloi (Cl.) 44.5.94. *Le gérant :* G. Masson

seraient ici dangereux, vont achever la dénudation et l'isolement du goitre. Ils sont glissés peu à peu jusque sur les limites des lobes latéraux.

Si ces lobes sont trop volumineux pour pouvoir être contournés sans que les doigts soient comprimés, serrés entre eux et les couches musculo-aponévrotiques placées en avant, il ne faut pas hésiter à sectionner transversalement ces derniers et la peau avec elles; la moindre pression exercée à la surface des goitres retentit, en effet, sur le conduit laryngo-trachéal et peut augmenter la dyspnée qui est déjà souvent grande.

Dans cette dénudation des lobes latéraux, on arrive assez vite jusqu'à leurs bords. Il s'agit alors de les luxer au dehors et on le fait successivement pour chacun d'eux. Il nous est cependant arrivé, une fois pratiquée la libération de la surface du corps thyroïde, de luxer celui-ci à l'extérieur d'un seul coup, en l'enucléant de sa loge par une pression exercée avec les pouces d'avant en arrière de chaque côté du cou.

Nous entrouvions ainsi les lèvres de la plaie cervicale, pendant que les autres doigts de chaque main ramenaient en sens inverse, c'est-à-dire, d'arrière en avant, à travers les parties molles, les lobes du goitre.

C'est là un procédé rapide, mais il expose à la compression du conduit laryngotrachéal et peut causer, pour quelques instants, de la gêne et même de l'angoisse respiratoire.

Il faut habituellement exécuter la luxation au dehors par extraction de chaque lobe isolément. Le doigt qui a contourné un lobe arrive à peu près vers le milieu du bord externe de celui-ci. Il faut éviter, en effet, de le rapprocher soit de la corne supérieure, soit de la corne inférieure, parce que dans les manœuvres d'isolement et de dénudation on risquerait de déchirer des vaisseaux, principalement les veines qui sont ici abondantes. Le lobe est donc attiré à l'extérieur entre les lèvres de la plaie et cette manœuvre est répétée pour le lobe laissé en place, dans le cas où celui-ci aurait besoin d'être mobilisé.

Tel est le procédé opératoire à suivre dans le cas d'hypertrophie thyroïdienne bi-latérale ou uni-latérale.

Une précaution spéciale doit encore être prise : il ne faut pas en pratiquant la luxation au dehors, glisser les doigts au-dessous des lobes, passer en bas sur la ligne médiane, et aller de ce point du côté des cornes inférieures. Les veines thyroïdiennes inférieures seraient, en effet, déchirées et une hémorragie en résulterait, qui, d'ailleurs, sauf le cas de leucocythémie ou d'hémophilie compliquant un goitre, cesserait spontanément et rapidement. Toutes les voies pour conduire les doigts derrière les lobes sont donc dangereuses,

sauf la voie antéro-latérale qui doit exclusivement être suivie dans les hypertrophies latérales, jusqu'ici seulement envisagées.

Mais s'il s'agit de l'hypertrophie médiane inférieure, créant la variété du goitre plongeant, derrière le sternum, et qui exige parfois une intervention d'urgence, l'incision sera médiane, comme dans le cas précédent, elle ira toujours jusqu'à la couche celluleuse pré-thyroïdienne. Les deux index seront glissés à droite et à gauche du lobe rétro-sternal et l'attireront à l'extérieur.

Il ne faut pas aller jusqu'à la face postérieure de ce lobe, où là encore on pourrait déchirer des veines. Il faut éviter aussi de passer entre le sternum et la face antérieure de ce lobe, parce qu'on aplatirait encore davantage la trachée et que l'on ferait courir les risques de l'asphyxie. En un mot, on restera sur les bords pour y exercer les manœuvres de traction.

Ce sont-là les règles générales s'adressant à des cas types de goitres. Elles peuvent être modifiées, sur quelques points de détails, par les variétés de situation, de forme extérieure, de volume des goîtres.

Mais quelles que soient les variétés de tumeur thyroïdienne, une exothyropexie, pour être bien faite, devra être une opération à sec, c'est-à-dire sans hémorragie, sans blessure des vaisseaux et principalement des veines du goitre.

Ce résultat sera obtenu sans difficulté, si l'on a soin de bien rester dans l'espace celluleux pré-thyroïdien et de ne pas pénétrer dans la capsule thyroïdienne.

L'exothyropexie comprend, en résumé, deux temps principaux : dans un premier temps, on met à découvert le corps thyroïde et l'on arrive jusqu'à lui. Dans un deuxième temps, on procède à l'extraction en dehors d'un lobe ou de plusieurs lobes hypertrophiés.

La luxation à l'extérieur du corps thyroïde, à travers une simple incision médiane, produit une perturbation vasculaire plus considérable que celle qui est faite par le moyen d'une incision cruciale ; parce que le tiraillement et l'étranglement des vaisseaux, et, par suite, la stase sanguine, sont plus accentués.

Il faut remarquer que, dans le cas d'hypertrophie bilatérale, la luxation d'un seul lobe peut, en attirant l'autre lobe contre la trachée, produire le resserrement de ce conduit et causer de la dyspnée. En pareille occurence, on doit se hâter de pratiquer également la luxation de l'autre lobe resté enfoui.

A plus forte raison serait-il nécessaire de mettre celui-ci au dehors, s'il avait été par hasard blessé ou déchiré dans les manœuvres opératoires.

Le pansement consiste dans l'application de bandelettes de gaze stérilisée, soit à la surface, soit à la périphérie des tissus exor-

thyropexiés, dans la rigole qui sépare le goitre des téguments, puis de strates de coton en épaisseur convenable.

Ce pansement est renouvelé suivant les besoins. Les bandelettes de gaze placées dans la rigole intermédiaire aux lobes thyroïdiens et aux parties molles du cou sont enlevées vers le quatrième jour et ne doivent pas être remplacées.

A partir de ce moment, la peau rejoint le goitre et va commencer à le recouvrir.

Ce travail de réparation se fera plus lentement dans les exothyropexies à incision médiane simple que dans celles où l'incision est cruciale. Il est indépendant de toute direction chirurgicale et lui échappe, à peu près, au point de vue de sa rapidité et de sa manière de se comporter.

C'est ainsi que l'entropion des lèvres de la plaie se produit souvent, et, quoi qu'on fasse, après les incisions médianes il s'améliore pour disparaître seul, l'atrophie de la glande une fois réalisée.

Présentation de malade.

Genou à ressort.

Par M. Delorme.

M. Delorme fera dans la prochaine séance une communication à propos de ce malade.

Présentation d'appareils et instruments.

1° *Appareil en cuir moulé pour la compression des mamelles.*

Par M. Verneuil.

J'ai fait fabriquer l'appareil que je vous présente pour une malade atteinte de maladie kystique de la mamelle et que je soigne depuis quatre ans. Il s'agit comme vous le voyez d'un corset en cuir perforé, lacé par derrière. Cet appareil est d'une extrême légèreté. Il supprime cette manœuvre difficile à exécuter : l'application de bandes roulées sur le thorax. La malade interpose elle-même de l'ouate en épaisseurs croissantes entre la mamelle et l'appareil. Elle n'éprouve du fait de ce dernier aucune gêne.

Dans les maladies kystiques de la mamelle, l'intervention chirurgicale est rarement de mise. J'ai traité par les alcalins, l'arsenic et la compression deux malades qui, après avoir subi l'amputation

d'une mamelle, venaient me demander de les opérer de l'autre. Elles ont parfaitement guéri. Guérie aussi une jeune fille de 18 ans, qui présentait des mamelles énormes et à laquelle on avait proposé l'ablation des deux seins. La malade pour laquelle j'ai fait faire cet appareil vint me consulter il y a quatre ans. Sous l'influence du traitement, elle s'améliora rapidement. Au bout de deux ans elle eut une rechute dont j'eus raison en trois mois. Il y a un an elle est encore venue me trouver. C'est à ce moment que je lui ai fait faire le corset de cuir moulé que vous venez de voir. Elle a été rapidement améliorée. On ne peut pas objecter à l'appareil son prix un peu élevé. Une fois qu'il est fait, la malade se traite elle-même et n'a plus aucune dépense à supporter.

2° *Masque en verre pour la narcose.*

M. Monod présente au nom de M. G. Vajna (de Buda-Pest), un masque en verre pouvant servir pour l'anesthésie par le chloroforme, l'éther, le brométhyle, le pental.

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,
Peyrot.

Séance du 4 avril 1894.

Présidence de M. Th. Anger.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Lettre de la Société médicale de Boulogne invitant la Société à prendre part au Congrès international de bains de mer et d'hydrothérapie marine qui se tiendra à Boulogne-sur-Mer du 25 au 29 juillet 1894 ;

3° *Etat du personnel médical des hôpitaux et hospices de Paris.* Brochure in-4° ; Paris, 1894.

A propos du procès-verbal.

1° *Plaies du cerveau par balle de revolver.*

M. Monod communique les détails de l'autopsie d'un des blessés dont il a parlé dans la dernière séance, d'après les notes fournies par M. Schmid, interne du service :

Le temporal droit présente à la partie moyenne de l'écaille une perforation à l'emporte-pièce dont les bords sont nets et ne présentent ni fêlures, ni esquilles correspondant à cette perforation ; la dure-mère offre une déchirure moins nette, mais cependant à peu près arrondie.

Sous la dure-mère existe un épanchement sanguin en nappe, étendu aux deux hémisphères et ayant 2 à 3 millimètres d'épaisseur. En deux points l'épanchement est un peu plus abondant : d'abord à la région temporale droite, orifice de la balle, où il atteint la valeur d'une cuillerée à soupe ; ensuite à la région pariétale gauche, point où comme on le verra la balle s'est réfléchie, et il équivaut environ à deux cuillerées. Le premier de ces foyers sanguins s'étendait très peu entre la dure-mère et l'os à travers le trou fait à la dure-mère par la balle, cette portion de l'épanchement représentait environ le cinquième de son volume.

Sur l'hémisphère *droit*, à la pointe du lobe temporal, c'est-à-dire à la partie tout antérieure des premières et deuxième circonvolutions temporales, la substance cérébrale est réduite en bouillie au-dessous du caillot sanguin. A la face interne du même hémisphère, on constate la même lésion, à l'union du lobule quadrilatère (avant-coin) et de la circonvolution du corps calleux.

Dans l'hémisphère *gauche*, le trajet continue. Il commence à la face interne, à la hauteur du point de sortie de l'hémisphère droit, et vient se terminer à la face externe de l'hémisphère gauche, au niveau de la circonvolution pariétale supérieure.

La balle à ce niveau s'est réfléchie contre la calotte cranienne. Le trajet continue, en effet, sous forme de gouttière sur la pariétale supérieure et sur le lobule du pli-courbe, pour se termine exactement au pli-courbe où l'on retrouve la balle passablement déformée.

En résumé, le trajet s'étendait en droite ligne de l'écaille temporale droite à la face interne du pariétal gauche, un peu en arrière de la bosse pariétale ; la balle se réfléchissant en ce point était descendue en bas et en arrière sur une très petite étendue.

2° *Sur le genou à ressort.*

M. Delorme. Le malade que j'ai montré dans la dernière séance et qui fait le sujet de cette observation, présente une affection singulière et non décrite du genou, caractérisée par un brusque

ressaut vers la fin de l'extension. Cette sorte de déclanchement douloureux de l'article a, chez lui, pour conséquence de rendre la marche incertaine, très pénible, et possible seulement pendant quelques instants. L'intérêt de ce cas réside dans son excessive rareté, l'obscurité de sa pathogénie et l'incertitude des indications thérapeutiques qu'il comporte.

Observation. — Le nommé Jean Ta..., soldat au 3e régiment de dragons, 24 ans, né à Theix (Morbihan), a été atteint, à la suite d'une chute de cheval, il y a trois ans, d'une entorse grave du genou droit avec hémo-hydarthrose qui a laissé dans l'article des craquements articulaires.

Il y a un an environ, il s'est aperçu de l'affection curieuse dont il est porteur. Pendant la marche, au moment où ce malade s'appuie sur le membre inférieur droit et fait passer le genou du mouvement de flexion à celui d'extension complète, on constate, surtout à l'examen *de visu* du creux poplité, que l'articulation éprouve un brusque ressaut, qu'elle se déclanche pour ainsi dire. C'est exactement lorsque le genou n'est plus fléchi que de 160 degrés environ, c'est-à-dire lorsqu'il a parcouru presque tout son arc excursif que ce ressaut s'observe.

Les caractères de ce dernier méritent d'être fixés. Il est brusque comme je viens de le dire; il se communique à toute la cuisse qu'il ébranle fortement en présentant son maximum au niveau du genou. Le mouvement d'extension, après lui, se continue plus rapidement qu'il s'exécutait avant, cependant, il n'y a pas d'arrêt dans les mouvements du genou. Le ressaut s'accompagne d'une douleur à la face interne et postéro interne de l'articulation, sans craquements perceptibles à l'oreille où à la main. Lorsque de l'extension complète le genou passe à la flexion, le ressaut ne se produit plus. *On ne l'observe que pendant la marche.* Lorsqu'on imprime au genou des mouvements passifs de flexion et d'extension, lorsque le malade exécute ces mêmes mouvements, lentement ou brusquement, on ne le constate plus. J'ai vérifié le fait plusieurs fois.

Le malade accuse une gêne très marquée dans le fonctionnement du membre inférieur droit. Sans un appareil immobilisant bien son articulation, il ne pourrait faire que quelques pas ; avec cet appareil il ne peut marcher plus d'un quart d'heure.

Lorsqu'on examine le genou droit, il ne présente, au premier abord, rien d'anormal; son volume est celui du genou opposé. Ses saillies et méplats sont conservés, la synoviale n'est épaissie, ni au niveau du cul-de-sac sous-tricipital, ni au niveau de l'interligne; la surface extérieure des condyles fémoraux, tout ce qui de leur face antérieure est accessible au toucher est régulier; ces surfaces ne présentent pas de bosselures. Le rebord du condyle interne du tibia jusqu'à près de 1 centimètre au-dessous de l'interligne est quelque peu saillant, mais cette saillie est très régulière, uniforme, et d'ailleurs, elle se retrouve avec les mêmes caractères du côté opposé.

Pendant les mouvements actifs ou passifs du genou on entend et on

sent des craquements fins, multipliés. Ils sont liés à des altérations de la synoviale car on les perçoit sous les doigts qui pressent le ligament rotulien ou le tendon du triceps, c'est-à-dire qui pressent médiatement des parties de la synoviale qui ne sont pas en rapport avec les surfaces articulaires. Tous ces détails ne sont pas inutiles à noter; j'aurai à y faire appel tout à l'heure lorsque je chercherai l'explication du ressaut que présente le genou de cet homme.

J'ajouterai que, dans l'extension complète, le genou malade présente des mouvements de latéralité plus étendus et plus nets que du côté opposé; que dans le sens antéro-postérieur, dans l'extension, ce genou offre encore des mouvements assez étendus et qui, comme les premiers, donnent, avec un bruit, une sensation très nette d'écartement des surfaces articulaires lorsqu'on les provoque.

Le triceps est atrophié à droite, la mensuration circulaire de la cuisse donne 2 centimètres de différence à 16 centimètres au-dessus de la rotule et, de ce côté, un épaississement plus notable du panicule adipeux sous-cutané masque encore une partie de l'atrophie musculaire. Les contractions des trois portions du triceps droit sont faibles, peu persistantes; pendant le passage du courant, le muscle n'a pas la dureté de celui du côté opposé et la chose est surtout sensible au niveau du droit antérieur.

Par contre, la jambe malade est plus grosse de 1 centimètre que la jambe saine, ce qui tient à la compression circulaire exercée sur le genou.

I. — Quelle est la *nature* de l'affection présentée par ce malade? Cette question méritait d'autant plus de fixer mon attention que, de sa solution dépend, en grande partie, le traitement qui lui est applicable.

J'ai cru tout d'abord et, pendant un certain temps, avoir affaire à un déplacement, à une subluxation du fémur en arrière, se reproduisant à chaque tentative de marche et liée à une déchirure des ligaments croisés.

Le traumatisme grave subi par le genou, sa mobilité antéro-postérieure, la propulsion apparente du fémur droit, à chaque pas fait par le malade, semblaient confirmer tout d'abord cette hypothèse mais, après un examen suffisant, je l'abandonnai.

L'impossibilité de reproduire par des pressions directes, même énergiques, ou des mouvements actifs, un déplacement apparent, si facile pourtant à obtenir pendant la marche; la constatation bien évidente — en saisissant le genou pendant la marche — que le déplacement n'était pas réel, que le niveau des condyles fémoraux, en arrière, ne dépassait pas celui des condyles du tibia, et que le niveau de ces derniers, en avant, ne débordait pas celui des condyles fémoraux, ces résultats de l'exploration excluaient absolument toute pensée de subluxation fémorale.

Aussi peu admissible, moins admissible encore, était l'idée d'une subluxation des cartilages semi-lunaires. Je ne retrouvais pas en effet, chez mon malade, les caractères de cette lésion : les arrêts brusques de la marche, l'immobilisation instantanée et douloureuse de la jointure, la flexion du genou, la saillie anormale au niveau de l'interligne.

L'analogie du ressaut présenté par mon malade avec celui des doigts à ressort, m'engagea à rapprocher son affection de celle si bien étudiée par Notta.

La lecture des mémoires consacrés au doigt à ressort, en même temps qu'elle me fournissait des renseignements précieux sur le mécanisme du ressaut, qu'elle dirigeait plus méthodiquement mon examen, à la fois du côté de la jointure et des régions voisines, qu'elle me faisait retrouver dans les deux mémoires fort intéressants et originaux de M. Poirier des indications, malheureusement trop écourtées, sur des cas semblables au mien, cette lecture accentuait de plus en plus, à mesure que je la poursuivais, l'utilité d'un rapprochement des deux affections.

Dans l'une comme dans l'autre, je retrouvais le ressaut pendant un mouvement, toujours au même degré d'amplitude, les douleurs plus ou moins vives, la sensation de fatigue rapidement acquise, mais je constatais aussi quelques dissemblances, en particulier : l'absence du phénomène du ressaut pendant les mouvements communiqués ou pendant les mouvements spontanés, *en dehors de la marche*, alors que dans le doigt à ressort le ressaut existe à *chaque tentative active ou passive du mouvement.*

II. — Quelque valeur qu'on puisse attacher à la théorie des lésions des tendons et de leur vaginale dans la pathogénie du doigt à ressort, il est de toute évidence que, pour le genou, où les conditions anatomiques sont si dissemblables, il est inutile de s'y arrêter. D'ailleurs, chez ce malade, tendons et expansions tendino-capsulaires sont remarquablement sains.

Faut-il chercher ici, dans des modifications de l'articulation, la raison du changement brusque de son mouvement? Pour M. Poirier qui, dans un mémoire bien connu et riche d'expériences, s'est fait le défenseur du mécanisme articulaire du doigt à ressort, une altération même légère des surfaces articulaires, une saillie anormale, une crête saillante dont le développement est lié à un traumatisme ou à la diathèse rhumatismale, une déformation, une proéminence localisée des faces latérales de l'épiphyse articulaire dans le champ d'excursion des ligaments, des kystes synoviaux entravant le jeu de ces ligaments, une simple rétraction ligamenteuse, suffisent pour donner lieu au phénomène du ressort. Ce

mécanisme du ressaut lui semble applicable non seulement au doigt à ressort mais encore au genou. « Je connais, dit-il incidemment, dans son mémoire des *Archives générales de médecine* (1889, t. XXIV, p. 310), deux cas de genou à ressort et j'ai signalé à la Société anatomique un cas rapporté par M. Tillaux qui m'a dit avoir disséqué, avec une grande attention, un genou qui présentait le phénomène du ressort à un degré très marqué, et n'avoir pu en en constater la cause. On est en droit de penser que le ressort était dû à une déformation légère des condyles, ou encore que le ligament latéral interne, dans son excursion sur la face cutanée du condyle, rencontrait quelque saillie osseuse trop petite pour l'arrêter définitivement, mais assez prononcée pour provoquer un temps d'arrêt suivi d'une brusque reprise. »

Il entre d'autant moins dans ma pensée d'infirmer, d'une façon générale, la portée des recherches et des expériences qui ont servi à notre collègue à établir son ingénieuse théorie, que j'inclinerais à croire avec lui que, dans certains cas, des altérations ostéo-articulaires peuvent donner lieu au phénomène du ressort. Mais, chez mon malade, en particulier, je dois observer qu'il m'est difficile de rattacher le ressaut à ces altérations.

Les ligaments latéraux ne sont point rétractés ; ils sont plutôt relâchés, à en juger par les mouvements de latéralité, assez étendus, qu'on peut imprimer à la jointure ; la surface extérieure des condyles du fémur, d'autre part, est normale, comme je l'ai fait remarquer dans mon observation ; celle des condyles du tibia est un peu plus saillante qu'elle ne l'est ordinairement, mais cette saillie est bien uniformément régulière et elle existe sur le tibia gauche.

La synoviale des culs-de-sac latéraux n'est épaissie en aucun point et le serait-elle, même au niveau des ligaments, que, si j'en juge par quelques faits que j'ai observés, le ressaut n'existerait pas dans ce cas.

Il semble plus difficile d'infirmer ici l'importance des altérations des surfaces articulaires, en particulier de celle du fémur, bien que la surface extérieure, accessible, des condyles fémoraux m'ait paru régulière au palper médiat. Les craquements multipliés, étendus, que j'ai rattachés à des altérations de la synoviale pourraient être considérés, par d'autres, comme un signe d'altérations cartilagineuses, voire osseuses. Mais s'il en était ainsi, comment s'expliquer ce fait que, pendant les mouvements du genou actifs, passifs, lents, brusques, avec ou sans pression sur le pied, je n'aie pu obtenir de ressaut. *Il faut que mon malade marche pour que celui-ci se produise.* Or, sans avoir besoin d'invoquer ici, plus qu'il n'est nécessaire, les dissections faites sur les oiseaux ou les consta-

tations sur le cadavre, lesquelles montrent qu'un tubercule saillant qui soulève un ligament, produit un ressaut aussi bien sur la patte détachée que sur la patte de l'animal vivant, qu'une crête articulaire donne lieu à un ressaut sur un orteil passif de cadavre (Walther), sans avoir besoin, dis-je, de trop s'arrêter à ces constatations, la simple réflexion suffit pour faire admettre qu'un obstacle mécanique à la progression d'un ligament ou d'une surface osseuse, quand il est susceptible de produire un ressaut, doit déterminer celui-ci d'une façon continue, permanente. Sans pouvoir l'affirmer absolument, je pense donc que, chez mon malade, ce n'est pas à des altérations traumatiques ou rhumatismales des surfaces articulaires, périarticulaires ou ligamenteuses, qu'il faut attribuer le phénomène du ressaut.

Dans une Thèse remarquable, riche de faits (*Le doigt à ressort*, Paris, 1889) le docteur Carlier invoque, pour expliquer la production du doigt à ressort, dans la plupart des cas, « un spasme fonctionnel ». C'est l'opinion que, lors de la présentation de mon malade, a soutenue M. le professeur Verneuil; c'est à elle que, jusqu'à plus ample informé, je me rallierais.

Mon malade n'a pas, il est vrai, d'antécédents nerveux ; son père est mort à 84 ans, sans avoir présenté de manifestations nerveuses ou rhumatismales ; sa mère, âgée de 64 ans, et sa sœur en sont indemnes. Chez ce breton, calme, il ne saurait être question de nervosisme, je m'en suis assuré ; il n'a pas le moindre stigmate d'hystérie, pas de troubles de sensibilité même sur le membre atteint. De ses articulations, le genou et la hanche, violemment contus, présentent seuls des craquements ; ses doigts, ses orteils n'ont pas les déformations de l'arthritisme dont on affirme les rapports étroits avec le nervosisme. S'il ne présente donc pas certaines causes regardées comme prédisposantes des spasmes fonctionnels, si le spasme, chez lui, est non intermittent, mais constant, si je ne constate pas de résistance anormale, de dureté permanente des muscles de la cuisse, certains caractères du ressaut ne me forcent pas moins à croire qu'il est dû à un spasme fonctionnel.

Ce ressaut, en effet, augmente d'intensité par la fatigue ; parfois, pendant les mouvements de latéralité du membre, dans le lit, la cuisse est prise de tremblements ; la douleur, pendant la marche, s'étend à toute la cuisse, elle est même plus intense au niveau des muscles et en particulier des fléchisseurs internes, près du creux poplité, qu'au niveau même du genou, mais la raison principale qui me fait admettre ce mécanisme, c'est que ce ressaut *cesse complètement* pendant quelques pas et à intervalles, et diminue très notablement pendant les autres, lorsque je paralyse les muscles du genou en

comprimant circulairement la cuisse avec une bande d'Esmarch dont j'ai bien soin de ne commencer les tours qu'au-dessus du genou. Le ressaut, au contraire, réapparaît brusque, intense et continu, après l'ablation de la bande.

L'atrophie du triceps d'une part, la tendance du malade à commencer la marche en maintenant le genou droit en flexion modérée, me font penser que ce sont les fléchisseurs qui sont pris d'un spasme alors qu'il commence à s'appuyer sur une articulation douloureuse et mobile. Sans tenir au delà de la mesure à mon explication, je penserais donc que ces fléchisseurs annihilent l'action antagoniste des extenseurs affaiblis, à un moment précis et, toujours le même, du champ excursif du genou et qu'une reprise brusque de l'action des extenseurs achève le mouvement. La brusquerie de cette action entraînerait le ressaut.

Je prévois bien les objections qu'on peut adresser à cette manière de voir, l'allégation en particulier de la rareté du ressaut à la suite des arthrites du genou, alors que les atrophies tricipitales sont la règle ; mais, quelle qu'en soit la portée, l'origine musculaire de l'affection ne m'en semble pas moins des plus plausibles et le mécanisme invoqué très probable.

Les deux expériences suivantes semblent démontrer la justesse de mon interprétation :

1° Si, pendant la marche, on palpe, avec une main, le triceps droit et, avec l'autre, les muscles fléchisseurs, on sent que le triceps est mou, les fléchisseurs durs et la résistance de ces derniers est surtout grande sur les muscles postéro-internes ;

2° Si, pendant que le blessé marche, je fais passer à travers les trois portions du triceps (réophore positif à la partie supéro-externe de la cuisse, réophore négatif sur la partie inféro-interne) un courant intermittent d'une pile de Gaiffe, assez intense pour augmenter l'énergie de ce muscle, sans que ce courant soit assez fort pour immobiliser le membre en extension, au moment où le membre passe de la flexion à l'extension, le *ressaut disparaît presque à certains pas;* il *diminue à tous.* Le ressaut est léger, ondulant, il a perdu sa brusquerie et l'ébranlement si manifeste du membre, à chaque pas, avant l'électrisation, s'atténue considérablement lorsque les réophores sont appliqués sur le membre.

Si j'en juge par mon observation, le genou à ressort constitue une affection gênante, douloureuse et grave au point de vue du fonctionnement du membre. De ce fait, elle mérite bien de fixer notre attention. Il y a plus d'un an que le phénomène du ressaut a été observé chez mon malade et, loin de s'atténuer, il s'accuse

davantage et, cependant, les traitements n'ont pas manqué : révulsifs, contention de la jointure pendant la marche par une genouillère ou une bande roulée, électricité...

Mais alors que mes collègues qui, les premiers, ont vu ce malade et que moi-même nous étions si peu fixés sur le mécanisme de production de cette affection, le traitement a-t-il été bien dirigé et poursuivi avec assez de conviction? Il ne m'en coûte pas d'avouer le contraire, aussi je vais insister sur l'emploi des douches excitantes sur les extenseurs, sur le massage de ces muscles, quelque aléatoire qu'en soit l'emploi tardif. J'emploierai simultanément l'électrisation faradique des extenseurs, antagonistes des muscles atteints de spasme ou de prédominence fonctionnelle.

Les courants continus appliqués sur les muscles atteints de spasme sont parfois utiles. M. le professeur Verneuil m'en conseillait l'emploi après avoir vu mon malade. J'y aurai recours après avoir employé l'électricité faradique.

Je ferais appel aux bons effets de la bande d'Esmarch si utile, d'après Dally, dans la crampe des écrivains, si je ne craignais, chez mon malade, qu'elle n'ait le fâcheux effet d'augmenter l'atrophie du triceps.

J'ai fait remarquer. dans mon observation, que le ressaut disparaissait dans les mouvements exécutés en dehors de la marche et que ces mouvements n'étaient plus alors douloureux. Me basant sur cette donnée, je ferai exécuter souvent au malade, dans son lit, des mouvements énergiques d'extension. Ils développeront le triceps, et distendront les fléchisseurs, sans réveiller les réflexes articulaires qui aboutissent au spasme fonctionnel de ces derniers.

Que si, par ce traitement, je n'arrivais ni à guérir, ni même à améliorer l'état de mon malade, aurais-je épuisé tout moyen d'action? L'immobilisation du genou par une bande de flanelle bien serrée calme les douleurs et assure la marche; une genouillère de cuir à attelles latérales, se prolongeant sur la jambe et la cuisse, permettrait d'obtenir le même résultat plus sûrement et mieux, car elle exercerait moins de compression sur les vaisseaux poplités et n'entraînerait pas de gonflement du membre, inconvénient constaté ici, puisque la jambe du côté malade a augmenté de 1 centimètre et demi du fait de cette compression. Je pourrais même mettre en parallèle avec cette immobilisation par une genouillère, une résection ankylosante qui, d'emblée, me permettrait d'atteindre le même but en rendant peut-être la marche plus facile, grâce au raccourcissement léger du membre obtenu. Mis au courant des modes de traitement applicables à son affection, mon malade serait tout disposé à accepter cette opération tant il est désireux de re-

trouver, avec une marche presque normale, la disparition de ses douleurs.

Je dirai pour terminer : le genou à ressort ou à ressaut constitue une affection gênante, douloureuse, et qui peut être très nuisible au bon fonctionnement du membre. Pour ces raisons, elle ne saurait être négligée par le chirurgien.

Il y a lieu de créer une place à part dans les descriptions cliniques à cette affection à peine indiquée et non décrite.

Des faits ultérieurs détermineront sa fréquence, lui assigneront une pathogénie diverse ou uniforme, nous fixeront sur sa gravité absolue ou relative, sur sa durée, et sur le degré d'efficacité des traitements qui lui sont applicables. Le cadre est tracé ; il est tout à remplir. Je n'ai trouvé, en effet, d'observations de genou à ressort ni dans les périodiques que j'ai consultés, ni dans la *Revue des sciences médicales*. Il n'en est pas fait mention dans nos articles de Dictionnaire ou les Traités récents de pathologie. Les seules indications que j'ai relevées sont celles qui nous ont été fournies par M. Poirier, dont j'ai cité les propres termes. Il est regrettable que notre confrère se soit borné à une courte mention, faite incidemment, et exclusivement en vue d'apporter un argument de plus à la théorie articulaire du doigt à ressort qu'il a défendue. Je souhaiterais que ma communication fournît à M. le professeur Tillaux l'occasion de revenir sur l'histoire de son malade et qu'elle incitât mes autres collègues à nous signaler de nouveaux faits.

M. Tillaux. Puisque M. Delorme a bien voulu me citer à propos de son malade, je dois préciser les faits qui m'intéressent. Il y a quelques années j'avais eu à examiner un confrère qui, à la suite d'une entorse, avait été atteint d'un genou à ressort lequel, je dois le dire, guérit spontanément après quelques mois. Frappé par cette observation, j'examinai à Clamart les genoux de tous les sujets apportés pour la dissection, et je finis par découvrir encore un genou à ressort. Je le disséquai avec le plus grand soin, mais inutilement. Il m'a été impossible de découvrir la cause du phénomène. Tout ce qu'on peut dire, c'est qu'elle n'était sûrement pas attribuable à un trouble de la fonction musculaire. Il s'agissait d'un cadavre. Voici les deux faits qu'il m'a été donné d'observer. Ce sont ceux que j'ai fait connaître à M. Poirier.

3° *Sur la contusion du rein.*

M. Tuffier. Les faits qui vous ont été apportés à la suite de la présentation de mon malade m'engagent à revenir sur la partie thérapeutique de cette lésion.

Tout ce que j'ai vu depuis la publication de mon mémoire basé sur deux cents observations (*Arch. gén. de méd.*, 1889 et tirage à part Asselin et Houzeau) est venu confirmer mes conclusions sur la bénignité relative de ces accidents et sur la nécessité de n'intervenir d'une façon immédiate qu'en face de symptômes graves. J'ai eu l'occasion de voir, dans ces trois dernières années, cinq contusions et déchirures du rein suivies d'hématuries abondantes. De ces cinq cas, quatre ont guéri sans aucune intervention opératoire et cependant il s'agissait de lésions graves puisque l'hématurie a duré douze jours dans un cas et qu'une hémorragie secondaire a reparu au vingt-huitième jour. J'ajouterai que, malgré ces lésions, la glande continua à fonctionner normalement, car les examens réitérés de l'urine n'ont trahi la présence d'aucun principe anormal[1]. Dans le seul cas où j'ai dû intervenir immédiatement, c'est la gravité toute spéciale de l'hémorragie périrénale, l'étendue des désordres et surtout les phénomènes de compression nerveuse progressivement croissants qui m'ont obligé à débrider le foyer. Je fus assez heureux pour exécuter là une manœuvre que j'ai conseillée dans mon premier mémoire et qui a été exécutée par Kummell, la suture hémostatique du rein. Je n'ai fait en cela que suivre les règles de la *chirurgie conservatrice* qui me paraissent d'importance capitale dans la chirurgie du rein.

Obs. 1. — *Déchirure sous-cutanée du rein par cause directe. Fracture des deux apophyses transverses des 1re et 2e vertèbres lombaires et de la 12e côte. Énorme épanchement sanguin, abdomino-lombaire, Signes de compression du membre inférieur. Incision du foyer. Découverte d'une large déchirure rénale. Sutures de la plaie du rein. Résection des deux apophyses transverses. Réunion complète. Guérison.*

G... (Louis), 41 ans, maçon, entré le 22 décembre 1893, à l'hôpital Beaujon, salle Robert, lit n° 6. Homme fort, grand, vigoureux, ne présentant aucun antécédent héréditaire ni personnel digne de remarque, est amené à l'hôpital dans un état grave. Quelques heures avant son entrée, il avait été victime d'un accident survenu dans les conditions suivantes : il était baissé près du sol, au niveau d'une maison en construction, quand il reçut de la hauteur d'un septième étage, un tuyau en

[1] Vous savez d'ailleurs que cette hématurie ne constitue pas en elle-même une indication opératoire, j'ai pu rassembler dans mon mémoire des faits où une hémorragie de sept à quinze et même vingt-cinq jours de durée ont été suivis de guérison complète, et que des cas graves et rapidement mortels ne s'accompagnaient d'aucune émission de sang; et de même, des hémorragies secondaires même répétées peuvent être suivies de guérison. En somme l'hématurie à elle seule n'a pas, que je sache, entraînée la mort; c'est avant tout l'état général du blessé qui fait loi, et surtout ce sont les lésions concomitantes.

terre cuite qui tomba d'une cheminée et l'atteignit au flanc gauche. Le choc fut si violent que le malade ne put se relever, et il constata dès ce moment que la jambe gauche ne pouvait être mobilisée que difficilement. Amené à l'hôpital, l'interne constate, le soir, que le membre inférieur du côté gauche a conservé une partie de ses mouvements et que le talon peut être détaché du lit.

Le lendemain matin, M. Tuffier examine le malade et trouve une énorme tuméfaction occupant l'échancrure iléo-costale, en même temps que la région lombaire et la région abdominale. Du côté des lombes, la saillie est telle qu'elle fait paraître les apophyses épineuses déprimées ; du côté de l'abdomen, la tuméfaction est diffuse et s'étend jusqu'à la fosse iliaque. Fait très important, quand le malade tousse, il se produit une forte impulsion dans la région lombaire. La palpation permet de constater que la tuméfaction tout entière est diffuse, en partie fluctuante, et surtout que la main, appliquée sur la région lombaire, pénètre dans une sorte d'échancrure qui indique une déchirure énorme à ce niveau. Les urines contiennent du saug rouge.

Le membre inférieur correspondant présente une disesthésie de sa moitié supérieure ; la paralysie a augmenté depuis la veille, le malade ne peut exécuter aucun mouvement et se plaint de fourmillements dans les extrémités. En même temps, on constate une fracture de la 12e côte.

En présence de ces accidents, on porte le diagnostic de contusion du 3e degré, déchirure musculaire, énorme hématome et compression des plexus nerveux par le sang épanché.

La gravité des désordres, d'une part ; la marche des accidents paralytiques, d'autre part, semblent justifier une intervention destinée à évacuer les foyers sanguins et à réparer, si possible, les désordres du côté du rein.

Opération le 23 décembre, avec l'aide de MM. Navarre et Artus, internes du service, et le précieux concours de M. le docteur Théophile Anger. — Chloroformisation. Incision de 15 centimètres partant de l'angle costo-vertébral et descendant vers le milieu de la crête iliaque. On évacue d'abord un hématome sous-cutané, puis on trouve la masse sacro-lombaire et son aponévrose déchirées. Le muscle fait hernie à travers la déchirure aponévrotique.

Énormes caillots au milieu du tout. L'aponévrose profonde est également déchirée, et l'on tombe sur des caillots sanguins formant un hématome liquide rouge, qui était en large communication avec le foyer lombaire. Au milieu de ce foyer, l'apophyse transverse de la 2e vertèbre lombaire, arrachée et attenante aux parties fibreuses, est reconnue et réséquée ; puis, les caillots enlevés, le foyer détergé, on trouve l'apophyse de la 1re vertèbre lombaire également rompue et projetée en avant, et immédiatement à son niveau, le rein déchiré. La face postérieure de la glande présente une déchirure de 5 centimètres, d'où s'écoule un sang rutilant ; le reste de la glande présente une coloration noirâtre, ecchymotique. M. Tuffier fait la suture directe de la plaie rénale par 4 points de catgut, modérément serrés.

L'apophyse transverse de la 1re vertèbre est réséquée ; quant à la 12e côte fracturée, elle est conservée. Puis ce foyer bien détergé, l'hémostase ainsi assurée, on recherche patiemment les différents plans musculofibreux de la région et on les reconstitue au catgut. De même l'aponévrose déchirée est minutieusement reconstituée par une suture du même genre faite au catgut. Une simple mèche de gaze iodoformée assure le drainage, la peau est suturée au crin de Florence. Pansement iodoformé et ouaté. On met le malade dans une gouttière de Bonnet. Pendant 48 heures, les urines sont encore sanglantes, mais le sang est noir ; le 26 décembre, elles reviennent à leur état normal, et la paralysie a diminué à ce point que le malade peut lever le talon du lit.

Le 26 décembre, la mèche de gaze est enlevée avec les points de suture et, dès le 10 janvier, les mouvements sont revenus dans le membre inférieur et le malade ne souffre plus. Pendant tout ce temps. la température n'a pas dépassé 37°,5.

Le malade sort de l'hôpital le 2 février 1894, marchant bien. Nous l'avons revu le 17 mars ; il ne souffre en aucune façon ; sa cicatrice est linéaire et la réunion des différents plans fibreux est telle que par la toux, on ne sent plus la moindre impulsion à ce niveau, on ne perçoit pas trace de hernie musculaire.

Obs. II. — *Tamponnement de la région lombaire. Déchirure sous-cutanée du rein. Hématurie. Guérison.*

Lejeune (Pascal), 40 ans, charretier, entré le 6 août 1893 à l'hôpital Beaujon, salle Gosselin, lit n° 2. La veille de son entrée, le malade, légèrement alcoolique, mais très vigoureux, est pris entre un wagon et le flanc du cheval qu'il conduit. Le tampon du wagon vient le frapper dans la région lombaire, et le choc est si violent que le blessé tombe en syncope. A son entrée à l'hôpital, je trouve un homme pâle, dyspnéique, immobilisé dans le décubitus dorsal par une violente douleur à la région lombo-costale. La douleur est tellement vive que le malade se refuse à toute exploration. Je puis cependant constater une fracture de la 11e côte sans complications apparentes. Les urines émises après l'accident contiennent une quantité de sang rouge : la palpation de la région rénale ne permet de reconnaître aucune augmentation du rein.

Je diagnostique une contusion au 2e degré et prescris le régime lacté. Application d'un bandage de corps bien serré et immobilité absolue. Le lendemain et surlendemain, les urines sont encore sanguinolentes, mais le sang ne se rassemble plus en caillots au fond du bocal, ce qui prouve la diminution de l'hémorragie. Toute intervention est reconnue inutile.

Le 10 août au soir, les urines sont redevenues normales, et, le 21, le malade ne souffrant plus que de ses fractures de côte, sort de l'hôpital sur sa demande. Il ne présente pas trace d'albuminurie.

Obs. III. — *Contusion du rein au 2e degré. Hématurie légère pendant deux jours. Guérison.*

V... (Louis), 36 ans, entré le 6 avril 1892 à l'hôpital Beaujon, salle Robert, lit n° 27.

C'est un palefrenier qui est amené à l'hôpital après avoir reçu un coup de pied de cheval sur le côté gauche du thorax et un deuxième coup à la tête. Il fut renversé par ce choc et ne perdit pas connaissance. A son entrée, nous trouvons des écorchures et contusions sans gravité à la face.

Au niveau de la région lombaire gauche, une ecchymose étendue des fausses côtes à la crête iliaque. Il n'y a pas de tuméfaction de la région, et l'exploration fait reconnaître l'intégrité du thorax et de la crête iliaque, mais un empâtement de la région rénale. Il existe à ce niveau une masse faisant corps avec la paroi lombaire, ne présentant aucune mobilité, légèrement douloureuse.

Les urines contiennent du sang rouge, mais il n'y a pas dans le bocal de caillots. M. Tuffier porte le diagnostic de contusion avec déchirure intrarénale et hématome périrénal. Ventouses sèches, bandage de corps.

Le lendemain soir, l'empâtement persiste, assez douloureux : l'hématurie a disparu. Cet empâtement diminue peu à peu. Le 22 avril, le malade sort complètement guéri. Il n'existe pas d'albuminurie, et la région lombaire est toujours sensible.

Obs. IV. — *Contusion rénale (avec déchirure complète du rein) au 3e degré. Fracture de côte. Hématurie primitive pendant onze jours. Hématurie secondaire. Guérison.*

E... (Jules), 43 ans, entré le 5 avril 1892 à l'hôpital Beaujon, salle Robert, lit nº 22.

C'est un charretier qui se trouve pris en état d'ébriété dans un embarras de voitures. Il a le flanc gauche comprimé entre le moyeu de la roue de sa voiture et un camion. Le choc fut tellement violent que le malade eut une syncope et fut amené à l'hôpital en état de shock. Pâleur de la face, pouls petit, extrémités froides, température 36°,4. Dyspnée intense.

M. Tuffier trouve des contusions et des ecchymoses des membres sans gravité : emphysème sous-cutané de la paroi thoracique gauche. Fracture des deux dernières fausses côtes. Au niveau de la région lombaire existe une vaste ecchymose. A la palpation, on trouve un empâtement énorme rappelant la disposition d'un phlegmon périnéphrétique.

Au dire du malade, il aurait, deux heures après l'accident, uriné du sang presque pur. Ce matin, le bocal contient une urine noirâtre avec des caillots. M. Tuffier porte le diagnostic de contusion au 2e degré avec fracture des deux dernières fausses côtes, ce qui se comprend, étant donné le mécanisme qu'il a formulé de ces contusions par objets larges.

Injection de morphine, potion de Tood, injection de sérum artificiel.

Dans la journée, une rétention d'urine oblige à faire le cathétérisme, qui est pratiqué d'une manière rigoureusement antiseptique. Bandage de corps.

L'hématurie persiste sans autre accident, puis diminue progressive-

ment jusqu'au 17 avril. L'empâtement n'a jamais augmenté, et la température n'a jamais dépassé 37°.

L'état était amélioré lorsque, le 6 mai, le malade fut repris d'une hématurie qui dura trois jours.

Le 15, l'empâtement avait complètement disparu ; les urines ne contenaient plus d'albumine, et le malade sortait de l'hôpital le 13 mai.

Obs. V. — *Contusion du rein au 2e degré. Hématurie abondante. Guérison.*

R... (Albert), 19 ans, entré le 10 juin 1892 à l'hôpital Beaujon, salle Robert, lit n° 34. Ce jeune homme a été victime d'un accident dans les conditions suivantes : en travaillant, son pied se prend dans une solive, et il tombe de la hauteur d'un troisième étage, le flanc gauche portant sur l'angle d'un tas de briques. Malgré la violence du choc, le malade ne perd pas connaissance, et il est amené à Beaujon.

Une heure après son entrée, il urine environ un demi-litre de sang rouge presque pur, formant très rapidement caillot au fond du vase. Dans la soirée, nouvelle hématurie, ayant exactement les mêmes caractères.

Le lendemain, les urines sont absolument claires : à l'examen, je trouve une région lombaire entièrement indemne d'empâtement quelconque. Le rein n'est pas augmenté de volume. Il existe cependant une vaste ecchymose de la région. Pas de fracture de la cage thoracique ni de la ceinture pelvienne.

Repos absolu, régime lacté, bandage de corps en flanelle.

Le malade sort de l'hôpital le 17 juin, n'ayant pas d'albuminurie.

M. Bazy. Je ne saisis pas bien la portée des observations de M. Tuffier. Tout le monde a observé des contusions du rein et personne ne songe à intervenir dans toutes celles qui se présentent. Pour mon compte, j'ai suivi deux blessés que je qualifierais d'atteints de contusions graves, si cette expression pouvait signifier quelque chose ou du moins se caractériser par quelque chose. L'un d'eux perdit du sang pendant plus d'un mois, en urinant ; l'autre, que j'ai vu plus récemment à Lariboisière, dans le service de M. Peyrot, a quitté ce service après quinze jours, urinant encore du sang. L'idée ne m'était pas venue d'intervenir dans ces deux cas. M. G.-Marchant, du reste, a été guidé pour l'intervention dans le fait qu'il nous a présenté par des indications toutes spéciales. Quant à l'opération de M. Peyrot, elle s'est faite dans des conditions tout à fait exceptionnelles, plus de deux mois après l'accident, en présence d'une nécessité pressante, puisque le malade était presque mourant.

Rapport.

Résection du rectum par la voie sacrée pour un rétrécissement fibreux, traumatique, par M. le Dr Grey (de Rio-de-Janeiro).

Rapport par M. Routier.

M. le Dr Grey nous adresse une observation rédigée certes en style très humoristique, mais à laquelle je reprocherai tout d'abord de ne pas être très serrée au point de vue scientifique.

C'était cependant bien le cas d'étudier avec soin tous les détails car les faits semblables sont, je crois, fort rares. Voici le fait :

En avril 1892, un homme cordonnier de son état, fut envoyé au Dr Grey pour un constipation opiniâtre, et des douleurs avec écoulement sanieux du côté du rectum.

Cet homme, deux ans auparavant, étant allé chercher de l'eau à un robinet qui se trouvait dans la cour de sa maison, aurait trouvé une quantité de copeaux de canne à sucre obstruant les environs de ce robinet; il les repoussa du pied, glissa, et tomba assis sur ces copeaux, qui nous dit l'auteur ressemblent à des copeaux de bambou.

Il ressentit une violente douleur et eut ses vêtements tachés de sang; puis, pendant quelques jours, il souffrit en allant à la selle et rendit quelque peu de sang par le fondement.

Depuis, il ne s'est jamais plus bien porté, il est constipé.

Il présente, nous dit M. le Dr Grey, un écoulement rectal fétide, sa figure est émaciée, il est maigri, il n'ose plus manger.

A l'examen local, on découvre à 3 centimètres du sphincter, sur la paroi postérieure du rectum, une large bride irrégulière qui ferme presque absolument la lumière du canal, le Dr Grey croit encore sentir deux autres brides sur la *paroi supérieure gauche?*

« La dureté et l'épaisseur de cette cicatrice, rapprochées des commémoratifs, nous dit toujours l'auteur, n'ont pas laissé de doute dans mon esprit, il s'agissait d'un rétrécissement fibreux ayant succédé à une perforation complète du rectum, donc la bonne, la vraie chirurgie, c'était de réséquer ces parties pour réunir ensuite par première intention. »

C'est ce que fit l'auteur après avoir trois jours durant pratiqué l'antisepsie du tube digestif par l'emploi du naphtol et des lavements boriqués, ce qui nous paraît peu. Je ne le suivrai pas dans sa description, car son incision me paraît déjà extraordinaire, elle partait du tiers moyen de la crête iliaque et descendait dans la fosse ischio-rectale en contournant l'anus : d'un seul coup de ciseaux, il sectionne le rectum dans toute l'épaisseur de son diamètre, puis réunit avec de la soie, du catgut et du crin de Florence.

L'opération lui a paru très simple; du reste comme pas un vaisseau n'avait été ouvert, le malade n'a pas perdu une goutte de sang.

Je ne sais si au Brésil ces régions sont moins vasculaires que chez nous, mais c'est l'hémorragie très abondante et très difficile à empêcher totalement qui fait la gravité de cette méthode opératoire.

Dans les trois jours qui suivirent, il se produisit une forte débâcle, et huit jours après, l'auteur pouvait déjà fermer une fistule qui s'était produite dans la partie postérieure de sa suture intestinale.

Il y a vingt et un mois, nous dit enfin M. le Dr Grey, qu'il a opéré son malade, et il est resté guéri.

Plusieurs points sont à relever, malheureusement nous ne pouvons pas avoir d'explications.

Les rétrécissements cicatriciels du rectum ne me paraissent pas fréquents, tout au moins pour les cas qui succèdent à un traumatisme; je n'en ai pas trouvé d'exemple.

Le traumatisme subi par le malade de M. Grey me paraît avoir été bien léger, les suites ont été bien simples et bien bénignes pour nous expliquer facilement ce rétrécissement très fort consécutif?

Enfin cet écoulement sanieux abondant me paraît aussi extraordinaire et, pour un peu, je serais tenté de modifier le titre de l'observation pour dire rétrécissement cancéreux.

Il est évident que si, au contraire, c'est bien d'un rétrécissement fibreux qu'il s'agit, c'était là le triomphe de la méthode de Kraske.

Mais il ne faut pas se le dissimuler, c'est toujours une opération grave en elle-même, et dans un consciencieux travail sur ce sujet, M. le Dr Morestin vient de le prouver chiffres en main.

Depuis que j'ai introduit cette méthode en France, je n'ai pas eu occasion de l'appliquer en dehors du cas de rétrécissement cancéreux; ce qui évidemment augmente la gravité, et augmente la mortalité opératoire; chez un sujet non cancéreux, on aura certainement plus de chance de succès.

Je ne puis m'empêcher cependant d'opposer à cette mortalité opératoire très forte, les cas où le succès a été complet et où sans nouvelle infirmité, les sujets ont joui d'une survie qui a pu quelquefois atteindre 4 et 5 ans. — La malade qui fut ma première opérée a vécu trois ans et demi et est morte d'accidents urémiques dus à une compression de l'uretère par une adénite cancéreuse secondaire, sans avoir fait de récidive dans le rectum.

M. Bazy. L'opération de M. Grey me paraît si étrange que je ne puis me dispenser d'accentuer les quelques réserves dont M. Routier a accompagné son rapport.

Communication.

Etude sur les lymphangites d'origine ano-rectale.

Par M. Quénu.

Les vaisseaux lymphatiques de l'anus et du rectum sont disposés suivant trois groupes :

Le plus inférieur est formé de troncs qui, émanés du réseau sous-sphinctérien, traversent d'arrière en avant le creux ischio-rectal pour gagner les ganglions de l'aine. Un groupe postéro-supérieur aboutit aux ganglions du méso-rectum, un troisième groupe enfin, dont la description m'appartient[1], traverse les parois rectales au-dessus du releveur de l'anus et gagne latéralement les ganglions pelviens qu'on trouve appliqués contre la veine hypogastrique ou ses branches, à un niveau correspondant au sommet de l'échancrure sciatique.

Parallèlement à ces trois groupes lymphatiques, il existe trois ordres d'abcès d'origine ano-rectale :

1° Des abcès sous-cutanés développés le long des lymphatiques de l'étage inférieur ;

2° Des abcès profonds développés autour des lymphatiques ou des ganglions du méso-rectum ;

3° Enfin des abcès profonds siégeant dans l'espace pelvi-rectal supérieur et de nature périlymphangitique ou périadénique[2].

Je ne m'occuperai pas des premiers : j'ai essayé récemment, dans un article de la *Gazette médicale*, après Chassaignac, du reste, d'en démontrer l'origine lymphangitique : je les ai divisés en angioleucitiques et en péritronculaires, les premiers répondant aux abcès de la marge des classiques, les seconds aux abcès de la fosse ischio-rectale ou extra-sphinctériens de Reclus.

Lymphangites du second groupe.— Les suppurations du second groupe se caractérisent par leur situation médiane et postérieure,

[1] *Bull. Soc. anat.*, 1893.

[2] Lannelongue a écrit en 1878 (*Soc. de chir.*) : « Les inflammations de l'espace pelvi-rectal supérieur n'ont-elles pas pour point de départ une adénite primitive, etc., je suis disposé à le croire ». Sur deux enfants morts de tuberculose, il a rencontré des ganglions lymphatiques entre la vessie et le rectum dans l'espace sous-péritonéal; sur l'un d'eux « la dissection de la couche celluleuse, interposée entre les vésicules séminales et le rectum, a mis à découvert des ganglions échelonnés sur la ligne médiane et sur les parties latérales, formant comme un chapelet continu avec d'autres ganglions situés sur les parties latérales de l'intestin. Il me *paraît bien probable* que la plus grande partie de ces ganglions reçoivent leurs vaisseaux lymphatiques du rectum » (voy aussi Th. Vasy. Paris, 1878).

elles succèdent à des lésions de la muqueuse rectale et viennent généralement aboutir à la commissure postérieure de l'anus.

La place qu'elles occupent est confondue par Richet avec l'espace pelvi-rectal supérieur, aussi Richet et son élève Pozzi n'ont-ils pas cherché à différencier les phlegmons développées dans chacune de ces loges.

Et cependant, nous voyons en clinique certaines de ces suppurations aboutir sur les parties latérales du sphincter, d'autres percer en avant du coccyx; d'autre part, l'étude approfondie des espaces cellulaires du petit bassin démontre à qui veut l'entreprendre, que tout le pédicule viscéral émané des vaisseaux hypogastriques forme de chaque côté avec le tissu un peu densifié qui l'enveloppe comme une sorte de cloison latérale séparant le tissu cellulaire lâche méso-rectal du tissu latéro-rectal et latéro-prostatique; tandis que la barrière entre ces deux loges est assez résistante, une mince lame cellulaire renfermant quelques veinales vésicales sépare seule l'espace pelvi-rectal supérieur de la cavité de Retzius.

Ces études anatomiques ont été faites par M. Hartmann et par moi; nous avons alternativement pratiqué des décollements avec le doigt ou injecté du suif, nous avons pratiqué des coupes verticales ou obliques sur des bassins congelés, ce résultat a toujours été le même, et nous a démontré à l'evidence qu'il y a là deux régions anatomiquement et pathologiquement distinctes. J'ai observé pour ma part un exemple bien net de suppuration rétro-rectale chez un enfant auprès duquel m'avait appelé le docteur Ducamp.

Cette enfant, âgée de 3 ans et demi, sans aucune espèce d'antécédents héréditaires, fut atteinte de grippe avec bronchite en février 1893. Le médecin qui la soignait alors lui fit avaler en l'espace de dix jours 35 grammes d'oxyde blanc d'antimoine. Le résultat le plus clair de cette médication fut une entérite extrêmement intense : il survint de la diarrée fétide avec expulsion de paquets de glaires parfois teintés d'un peu de sang. Au 1er mars l'appétit est perdu, le faciès pâle, les forces nulles, la température à 38°. Le 8 mars la température monte à 39,5 et la fillette se plaignit amèrement de douleurs du côté de l'anus et dans la fosse iliaque.

Le relâchement de l'anus était extrême et avait tellement frappé notre confrère qu'il s'était demandé si l'enfant n'avait pas été victime d'un attentat criminel. Le 9 mars une goutte de pus vint sourdre à la commissure postérieure de l'anus exactement sur la ligne médiane.

Le 10 mars, j'administrai le chloroforme, et sans toucher à la muqueuse rectale, je fendis le sphincter externe et les parties molles jusqu'à la pointe du coccyx; il s'écoula une grande quantité de pus fétide. J'introduisis le doigt dans le foyer et je constatai qu'arrêté latéralement, le doigt pouvait remonter le long de la face antérieure du

sacrum jusque vers la fosse iliaque gauche; la cavité fut bourrée de gaze au salol.

Le 12 mars, la gaze fut remplacée par un drain et des lavages avec une solution de lysol furent institués quotidiennement; à partir de ce moment la fièvre tomba, la suppuration diminua graduellement et le drain successivement raccourci put être supprimé sans inconvénient à la fin de mars.

L'état général avait subi une progression parallèle : la guérison complète fut obtenue dès la fin d'avril, l'enfant garda longtemps encore un relâchement du sphincter; en janvier 1894 cette incontinence n'existait plus que pour les matières liquides, la santé était parfaite.

Le 6 mars toute trace d'incontinence avait disparu.

Il est manifeste que dans cette observation où nous avons eu affaire à un foyer développé entre la face postérieure du rectum et la concavité sacrée, à la suite d'une rectite par ingestion médicamenteuse, où il n'y a jamais eu de perforation de l'intestin, comme l'a prouvé la guérison par la simple ouverture du foyer, l'intermédiaire entre l'inflammation de la muqueuse rectale et la suppurrtion recto-rectale n'a pu être que le système lymphatique. On comprend du reste que ces lymphangites ou que ces adénites mésorectales soient relativement rares, les lésions qui leur donnent naissance doivent appartenir à une partie plus élevée du rectum, or, ces lésions sont infiniment moins fréquentes que les communes et banales altérations de l'extrémité inférieure de l'intestin, et certaines d'entre elles, telles que celles de la dysenterie, donnent bien lieu à la tuméfaction des ganglions mais n'en déterminent pas d'ordinaire la suppuration [1].

Lymphangites et adénites du troisième groupe.—Les abcès de l'espace pelvi-rectal supérieur occupent cet espace compris entre l'aponévrose supérieure du releveur, le péritoine, le rectum et les parois du bassin, et traversé par les branches viscérales de l'artère et de la veine hypogastrique. J'ai démontré, par une série d'injections mercurielles mises sous les yeux de la Société anatomique, le 9 juin 1893, qu'il existe des vaisseaux lymphatiques émanés du rectum, traversant obliquement l'espace pelvi-rectal supérieur, et allant à des ganglions pelviens latéraux. Ces troncs lymphatiques que j'appelle hémorrhoïdaux moyens sont généralement au nombre de deux; ils émergent de la face externe du rectum à une certaine distance au-dessus du releveur et après un trajet souvent tortueux quelquefois même après avoir décrit une véritable boucle, ils abordent

[1] Kelsch et Kiener. — Tripier avait émis l'opinion que certaines rectites chroniques peuvent déterminer des adénophlegmons du mésorectum; il ne cite aucun fait personnel (Th. Francou; Lyon, 1883-84).

des ganglions lymphatiques situés au devant de la veine hypogastrique ou plus bas au devant de ses branches. Ces ganglions lymphatiques correspondent comme niveau, je demande qu'on retienne le fait, au sommet de l'échancrure sciatique. Chez la femme les troncs lymphatiques croisent obliquement la face externe du rectum, mais cheminent en dehors du vagin jusqu'au hile utérin mêlés aux veines qui forment le plexus vaginal.

Tels sont les faits anatomiques. Voyons à présent quelle est l'étiologie des phlegmons pelvi-rectaux invoquée par Richet, Pozzi et la plupart des pathologistes : ils signalent la rectite, les ulcérations, les hémorroïdes internes, l'inflammation de la prostate ou des vésicules séminales, la coprostase, les plaies du rectum par corps étrangers, etc.

On ne peut plus prétendre ici à une pénétration au sein du tissu cellulaire péri-rectal d'un corps étranger provenant des voies digestives, ni à une perforation ; puisque la caractéristique de ces abcès est de ne pas communiquer avec l'intestin et de créer des fistules borgnes externes, force est bien d'incriminer les veines ou les lymphatiques; or, il est bien certain que ces derniers sont les agents habituels des transports septiques. Une disposition favorise encore le développement des abcès autour des vaisseaux, c'est l'existence de coudes et parfois même de boucles décrites par les troncules.

L'abcès collecté s'ouvre assez fréquemment sur les côtés de l'anus en passant à travers le releveur de l'anus il est probable que la traversée du muscle et de l'aponévrose pelvienne supérieure s'opère le long d'une branche veineuse anastomosant les hémorroïdales inférieures aux moyennes.

Les abcès pelvi-rectaux n'aboutissent pas toujours au dehors, ils peuvent se vider dans les cavités voisines, et je pense qu'il faut admettre que, parmi les abcès péri-utérins il en est d'origine rectale. Je ne vois guère le moyen d'interpréter autrement d'une façon satisfaisante les faits analogues à celui que je vais rapporter.

J'ai été consulté le 12 janvier dernier par une dame âgée de 60 ans pour un abcès qui s'était vidé deux jours auparavant dans le vagin. Cette dame vint chez moi à pied, n'offrant en aucune manière l'allure et le faciès d'une malade atteinte d'une suppuration pelvienne. Voici le résumé de son histoire pathologique : un seul enfant il y a trente-huit ans, suites de couches normales, santé toujours excellente, sauf il y a vingt-deux ans époque à laquelle elle reçut pendant deux mois quelques soins pour une métrite. Depuis aucune perte en blanc, aucun trouble menstruel, aucune douleur abdominale, aucun accident au moment de la ménopause.

Habituellement constipée et un peu dypeptique, M[me] X s'aperçut, il y a un an, qu'elle perdait par l'anus des quantités de glaires au point

d'être obligée de se garnir; jusqu'alors elle n'avait pas souffert d'hémorrhoïdes bien que pourtant l'orifice anal soit bordé de marisques assez développées.

En outre depuis six mois la muqueuse rectale fait issue au dehors soit à l'occasion d'une garde-robe, soit après une marche. C'est dans ces conditions que dans les derniers jours de janvier dernier, cette dame ressentit tout à coup des douleurs dans le ventre du côté gauche avec quelques irradiations dans la cuisse et dans les reins : la malade ne prononçait même pas le mot, douleurs dans le ventre elle disait dans l'aine, indiquant avec le doigt d'une façon précise la partie inférieure de la fosse iliaque, c'est-à-dire les parties latérales du détroit supérieur. Il y eut du malaise, de la fièvre, mais aucun symptôme évoquant l'idée d'une péritonite même localisée, jamais elle ne fut obligée de garder le lit. Au bout de dix jours, après qu'elle eût pris un lavement au gros sel la malade ressentit brusquement un grand soulagement qui coïncida avec l'écoulement par le vagin de pus, puis d'un peu de sang. Deux jours après cette évacuation la malade allait assez bien pour se rendre chez moi; je constatai uniquement un peu d'induration douloureuse sur les côtés du vagin : les culs-de-sacs étaient libres et non sensibles, l'utérus parfaitement mobile et normal. J'ordonnai quelques injections au sublimé.

Le 25 février, la malade vint me revoir; l'écoulement avait totalement disparu dès les premières injections, les douleurs avaient rapidement cédé, le toucher vaginal ne révélait rien, le toucher rectal réveillait un peu de douleur à 8 ou 10 centimètres de l'anus sur la paroi antérieure du rectum.

Voilà donc une collection purulente qui, sans réaction péritonéale, s'est développée sur les côtés de l'utérus et du vagin chez une femme ayant de la rectite, mais dépourvue de toute espèce de lésion utérine ou annexielle. La poche évacuée, aucune possibilité de retrouver ni une trompe, ni un ovaire tuméfiés ou douloureux, ni une plaque attestant un reliquat de pelvipéritonite, je regrette seulement de n'avoir pu recueillir un peu de pus de cet abcès, la présence du bacterium coli eût levé tous les doutes.

Le dernier terme des infections de l'appareil lymphatique hémorrhoïdal moyen est l'inoculation et la suppuration des ganglions pelviens. En voici un exemple, à l'abri, je pense, de toute contestation possible.

Un homme âgé de 37 ans, charron de son état, entra dans mon service à l'hôpital Cochin, le 25 novembre, pour y être opéré d'hémorrhoïdes internes. Il avait de temps en temps quelques pertes sanguines et quelques douleurs de fissures, étant ordinairement très constipé.

Le 25 novembre je pratiquai l'opération d'Allingham un peu modifiée, c'est-à-dire la ligature avec excision.

Les suites furent des plus normales. Sept jours après, le 2 dé-

cembre, j'enlevai les points de suture que j'avais placé autour du pédicule ligaturé.

Du 2 au 10 décembre, la température resta inférieure à 37° matin et soir; les selles étaient assez régulières, l'appétit excellent, le malade se levait et allait au jardin.

Du 10 au 12 décembre, la constipation reparut et il s'écoula quelques gouttes de sang après chaque garde-robe.

Le 13, le malade se plaignit de quelques douleurs dans la cuisse droite, et dans la fesse à égale distance de l'ischion et du grand trochanter : ces douleurs avaient tous les caractères d'une sciatique. Le thermomètre marquait 36°,1, on crut à du rhumatisme. La ligature était éliminée depuis plusieurs jours, il ne restait plus qu'une petite solution de continuité de bonne apparence.

Le 14, les douleurs sciatiques s'accentuèrent.

Le 15, le thermomètre monte à 37°,8 le matin, à 39 le soir, la fesse devient extrêmement douloureuse au toucher et spontanément; aucune trace de gonflement apparent, rien d'anormal du côté de l'anus, la fosse ischio-rectale est indemne.

Les jours suivants la température s'élève jusqu'à 40° avec des rémissions matinales assez étendues; les douleurs dans la fesse et dans la cuisse sont telles que le malade est obligé de se coucher sur le ventre pour trouver un peu de repos.

Le 19 décembre seulement se montre une tuméfaction très nette qui se prononce et devient fluctuante le 21; Ce jour-là mon collègue M. Sébileau se mit en devoir d'inciser le foyer, du pus sortit en abondance dès que le grand fessier fut traversé. Ce pus avait une odeur intestinale.

M. Lepetit, interne de service, en recueillit dans une pipette qu'il porta à M. Lesage.

Immédiatement après l'incision les douleurs cessèrent et la fièvre tomba peu à peu, mais le 28 il se produisit une hémorragie, le 3 janvier cette hémorragie reparut avec assez d'abondance pour obliger M. Sébileau à entreprendre une véritable opération dans un but d'hémostase. L'incision fut agrandie, des vaisseaux pincés et liés : on put alors s'assurer directement que le foyer venait du bassin à travers la grande échancrure sciatique. A partir de cette intervention, il n'y eut plus aucun accident et rien ne vint plus entraver la cicatrisation. Le malade sortit guéri le 19 février.

Voici la note qui m'a été remise sur l'examen du pus par M. Lesage.

Examen du pus sur lamelles. — Aucun des microbes colorés par la méthode de Gram-Weigert; coloration simple : quelques bacilles peu nombreux, décolorés par la méthode de Gram; des microbes siègent en dehors des leucocytes.

Cultures sur les milieux classiques, aucun microbe coloré par la méthode de Gram, ni staphylocoque, ni streptocoque, ni pneumocoque.

Culture évidente de bacterium coli avec tous ses caractères les plus nets : Culture caractéristique sur gélose, gélatine et bouillon. Ce microbe coagule le lait et décompose la lactose après quatre jours d'étuve.

Il ressort de ces faits que non seulement le tissu cellulaire sous-péritonéal du petit bassin, mais encore celui de la fesse, peuvent être infectés à distance par une lésion de l'anus et du rectum.

Ces conséquences éloignées des infections ano-rectales me paraissent complètement méconnues, on me permettra d'y insister quelque peu. Il est remarquable en effet de voir combien est souvent obscure l'étiologie des abcès chauds profonds de la fesse. Les abcès secondaires, consécutifs par exemple à une suppuration de la fosse iliaque ou des ligaments larges ont seuls une explication satisfaisante, pour les autres, on se contente d'un traumatisme plus ou moins ancien de la fesse, on invoque la suppuration d'un hématome, d'un kyste ou d'une bourse séreuse, parfois encore l'observateur avoue son ignorance. Nous avons parcouru les observations rapportées dans le Traité de la suppuration de Chassaignac, nous avons été frappés par ce détail plusieurs fois mentionné, d'un pus extrêmement fétide.

Dans un premier cas, il s'agit d'un homme de 40 ans, qui, après avoir eu dans la fesse gauche un premier abcès à pus fétide, voit survenir trois semaines après un abcès de la fesse droite : comme celui du premier abcès, ce pus était extrêmement fétide et mélangé de gaz ; or, aucune communication n'existait avec l'intestin.

Dans un deuxième cas, une femme de 69 ans est prise dix jours avant son entrée à l'hôpital de douleurs dans la fesse droite : elle ne put donner aucun renseignement satisfaisant sur les causes de son affection, elle n'avait fait aucune chute ni reçu de coups. Le pus de cet abcès était d'une fétidité repoussante, et le foyer avait un aspect gangréneux.

Une troisième observation est bien plus démonstrative : elle se rapporte à une femme de 46 ans, atteinte d'un abcès profond de la fesse, qui fut incisé le 9 septembre 1853 ; le 13 octobre, c'est-à-dire un peu plus d'un mois après, la poche était entièrement cicatrisée, la malade se plaignit alors de tumeurs hémorroïdales sortant à la moindre fatigue et occasionnant des douleurs continuelles. On les opéra à l'écraseur linéaire. Le 30 octobre, la plaie opératoire était complètement fermée, mais la malade se plaignit de douleurs intenses dans la région fessière, dans le point précis où siégeait antérieurement l'abcès, on perçut la fluctuation et il fallut de nouveau inciser.

J'ai limité cette étude déjà longue aux abcès chauds, laissant de côté tout ce qui a trait à la tuberculose ano-rectale, omet-

tant faute de documents personnels suffisamment nombreux, l'histoire des suppurations lymphangitiques diffuses et du phlegmon diffus du rectum.

Dans ces bornes que je me suis tracées, je crois pouvoir conclure que l'histoire des abcès d'origine ano-rectale est intimement liée à celle de l'inflammation du système lymphatique.

Correspondant au groupement des vaisseaux lymphatiques du rectum, il existe trois grandes classes d'abcès :

1° Des abcès développés le long des lymphatiques de l'étage inférieur consécutivement à une angioleucite ou à une lymphangite trajective ;

2° Des abcès de l'étage supérieur ou rétro-rectaux, ils ont pour origine l'inoculation des lymphatiques ou des ganglions du mesorectum ;

3° Des abcès de l'étage moyen, ils occupent l'espace pelvi-rectal supérieur, ils sont périlymphangitiques ou périadéniques : ces derniers ont une tendance, à cause de la situation anatomique des ganglions infectés, à fuser vers la fesse à travers l'échancrure sciatique ; il en résulte qu'étant donné un abcès chaud profond de la fesse, il faut toujours, en l'absence d'autres causes, rechercher une porte d'entrée à l'infection du côté de l'anus.

4° L'ordre de fréquence des suppurations ano-rectales est rigoureusement calqué sur la facilité plus ou moins grande avec laquelle on injecte le système lymphatique de l'anus.

En piquant le pourtour de l'anus ou du conduit anal, on n'injecte qu'exceptionnellement un réseau lymphatique d'une portion un peu élevée du rectum et rarement nous avons aperçu un troncule ou un ganglion rempli de mercure dans la concavité du sacrum.

On réussit quelquefois, mais avec assez de difficultés, à remplir les lymphatiques hémorrhoïdaux moyens : il faut pour cela que le mercure ait commencé par s'élever dans la muqueuse ou sous la muqueuse un peu au-dessus des valvules du Morgagni.

Au contraire l'injection du réseau des colonnes de Morgagni et du réseau sous-sphinctérien, celle des troncules péri-sphinctériens, et des ganglions inguinaux, est des plus faciles à réaliser.

Présentation de pièces.

Occlusion intestinale. Laparotomie. Guérison.
Mort par abcès périhépatique dû à une perforation du duodénum,

Par M. Routier.

Les pièces que j'ai l'honneur de soumettre à la Société de chirurgie, proviennent de l'opération suivante :

Un jeune homme de 30 ans, habituellement bien portant, sauf quelques troubles gastriques déjà anciens, fut pris subitement le 6 mars au soir, avant dîner, au moment où rentrant d'une course il se déchaussait, d'une violente douleur abdominale suivie de syncope.

Il y eut dans la nuit un vomissement; la journée fut pénible, le ventre se ballonna, il n'y eut ni selle, ni gaz, le pouls battait à 120, la respiration devenait gênée.

Le lendemain soir, après l'avoir examiné pour la première fois, je concluais à une occlusion intestinale, et proposais la laparotomie que je pratiquai à 10 heures du soir, dans mon service à l'hôpital Necker.

La douleur étant surtout péri-ombilicale, et constatant dans cette région sous le sommeil chloroformique un peu de matité, je fis une incision médiane sus et sous-ombilicale.

Il s'échappa de suite un flot de liquide que nous comparons volontiers à du bouillon sale, et bientôt j'arrivai sur une anse d'intestin grêle tout à fait affaissée.

Je déroulai ainsi $1^{m},50$ environ d'intestin affaissé, jusqu'à un point qui parut coudé sur le bord gauche du mésentère ; quand j'eus dégagé ce point, les gaz circulèrent dans tout ce segment qui reprit sa dimenmension, mais entre temps, j'évacuai du pus qui venait du petit bassin.

Un copieux et consciencieux lavage à l'eau boriquée chaude fut fait, et je refermai le ventre dès que l'eau de lavage ressortit claire et propre. Laissez-moi aussi vous dire que ce malade s'était fortement purgé l'avant-veille, et que le jour où ont débuté ses accidents il avait pris une cuillerée à soupe de graines de lin toujours dans ce but laxatif.

Sur un point de l'intestin grêle, assez loin des anses affaissées dont je vous ai parlé, je constatai un point où cet intestin paraissait comme étranglé par une ligature circulaire, et des deux côtés de cet étranglement, on sentait la masse des graines de lin.

Quoi qu'il en soit, les suites de ma laparotomie parurent très bonnes d'abord; le ventre s'assouplit, la douleur angoissante de la veille disparut, les gaz, puis les matières reprirent leur cours, si bien qu'opéré le mercredi, j'avais tout lieu de croire à une guérison le dimanche, quand brusquement il fut pris de dyspnée ; je fis appliquer des ventouses.

Le lundi se passa encore assez bien, mais le mardi la dyspnée augmentait, tout le poumon droit était mat avec du souffle pleural à la base.

Le mardi, mon collègue d'hôpital M. le Dr Huchard le voyait et constatait une spléno-pneumonie bilatérale, avec quelques faux pas du cœur.

Malgré tous nos soins, ce malheureux garçon mourait dans la nuit du mercredi au jeudi ayant conservé jusqu'à la fin son ventre souple, indolent, ayant rendu du gaz et des matières jusqu'à la dernière heure.

L'autopsie nous réservait une bien grande surprise. L'abdomen était sain, les anses intestinales bien lisses et bien séparées; dans le petit

bassin à droite, on voyait deux plaques comme des pièces de dix sous qui ressemblaient à des plaques de péritonite guérie.

Quand on remontait dans la fosse iliaque droite on trouvait, en dehors du cæcum sain, normal et libre, comme une trainée de pus qui semblait sous péritonéale, mais qui en réalité était recouverte d'un néo-membrane lisse.

Le côlon ascendant était adhérent à la paroi, par des adhérences anciennes; en le décollant, on arrivait dans un foyer purulent dont le contenu était formé de pus épais verdâtre en petite quantité, mais avec une membrane d'enveloppe épaisse et rappelant par son aspect gaufré certaines péricardites.

Ce foyer purulent était limité par la paroi abdominale en dehors, remontait au-dessus du foie sur sa face convexe jusqu'au ligament falciforme, n'arrivait pas en arrière au bord épais du foie, mais passait en avant le long du bord tranchant jusqu'au niveau du ligament de la veine omblicale, en empiétant sur la surface inférieure.

Ce foyer n'était pas visible à l'ouverture de l'abdomen, et n'avait pas été ouvert parce qu'il était limité par les adhérences de l'épiploon à la paroi.

Ce foyer arrivait jusqu'au point où, sur la face inférieure du foie, le duodénum adhérait à cette glande et présentait au niveau de cette adhérence une perforation comme une pièce de 50 centimes.

Les poumons étaient splénisés.

Il est, je crois, juste de reconstituer les faits; au moment de la douleur vive et syncopale, ce garçon aura eu non seulement une torsion de son intestin, mais aussi comme une projection du pus de son abcès dans la grande cavité-péritonéale. Par la laparotomie, j'ai pu remédier tout d'abord à ces accidents, remettre l'intestin et empêcher l'éclosion de la péritonite, mais son abcès ignoré a continué à évoluer, la congestion pulmonaire s'en est suivie, et il est mort.

Peut-être que si on n'avait pas été amené à faire chez lui une laparotomie il n'eût pas eu cette congestion pulmonaire et qu'il aurait pu être traité de son abcès du foie et de son ulcère simple du duodénum.

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,

PEYROT.

Séance du 11 avril 1894.

Présidence de M. J.-L. CHAMPIONNIÈRE.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Lettre de M. FELIZET, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;

3° *Ostéome du moyen adducteur survenu lentement chez un cavalier n'ayant pas subi de traumatisme à ce niveau*, par M. YVERT, médecin-major (M. Delorme, rapporteur).

M. le Président annonce la mort de MM. Vedrennes et Brown-Séquard, membres correspondants.

A propos du procès-verbal.

M. GÉRARD-MARCHANT. Il y a quinze jours, notre collègue, M. Tuffier, vous a présenté un blessé, chez lequel il avait diagnostiqué une déchirure du rein, et jugé nécessaire une intervention chirurgicale : elle avait consisté à suturer la déchirure du rein, après l'avoir découvert par une incision lombaire.

Huit jours après, M. Tuffier rapprochait de cette observation si démonstrative une série de cas de contusion rénale, beaucoup moins graves, spontanément guéris, et concluait *qu'il ne fallait pas intervenir*.

Entre temps, M. Peyrot et moi nous vous avions communiqué deux observations de *déchirure grave du rein*, qui avaient nécessité notre intervention, suivie de succès, et nous avions conclu que, dans certains cas déterminés, il ne fallait pas hésiter à intervenir.

Comme il y a une sorte d'opposition, simplement apparente, j'en

suis convaincu, entre les conclusions de M. Tuffier et notre conduite, qu'il peut en résulter un doute préjudiciable aux blessés, au point de vue du traitement à appliquer à ces cas (et ce doute je l'ai entendu formuler autour de moi), je vous demande à revenir sur ce sujet important.

Cliniquement vous avez tous observé deux catégories de malades. — Des blessés qui, à la suite d'une contusion rénale, avaient présenté de l'hématurie, plus ou moins prolongée, avec de la douleur et même de l'empâtement autour du rein, et chez lesquels la guérison avait été obtenue par des moyens médicaux, sans que jamais l'obligation d'une intervention se fût présentée à votre esprit.

Mais à côté de ces *cas légers* et de ces *cas moyens* (au point de vue de la gravité) qui rentrent dans la contusion au *premier et au deuxième degré* de M. Tuffier, il y a *les cas graves* de déchirure du rein qui se traduisent par une *hémorragie abondante, persistante, menaçante.*

Dans un mémoire fait en collaboration avec mon interne, le Dr Aldibert, j'ai pu réunir *17 cas de mort par hémorragie*, 12 fois par *hémorragie primitive*, 5 fois par *hémorragie secondaire.*

Il serait aisé de grossir cette statistique. M. le Dr Hallé me citait le cas d'un enfant atteint de déchirure du rein, et qui succomba, en moins de douze heures, dans le service de M. Duplay, à l'abondance de l'hémorragie.

Certainement cette hémorragie aura des allures variées : elle ne sera pas toujours vésicale, et ne se traduira pas par *des hématuries.*—M. Tuffier a eu raison d'insister sur cette notion déjà ancienne que l'*hématurie* n'accompagne pas toujours les déchirures graves du rein. Cela ne signifie pas qu'on ne trouverait pas dans la littérature médicale des observations de blessés, succombant à la répétition de cette hématurie, qu'elle *soit primitive ou secondaire.*

Beaucoup plus menaçantes et importantes au point de vue de la détermination chirurgicale sont les hémorragies qui ont pour siège *l'atmosphère péri-rénale,* qui peuvent ne pas rester cantonnées dans la région rénale, fuient au loin, dans la plèvre, dans la fosse iliaque, dans le péritoine, surtout chez les enfants.

Ces énormes collections sanguines rénales, localisées ou diffuses, créent un *véritable danger*, que le chirurgien ne saurait perdre de vue.

Demandez à M. Peyrot pourquoi il a opéré et sauvé son blessé? « Il me filait entre les doigts, » me disait-il, « par suite de la persistance de l'hémorragie. »

M. Tuffier vous a déjà exposé les motifs de son intervention :

son blessé présentait *des phénomènes paralytiques*, c'est-à-dire qu'il avait un hématome péri-rénal entraînant des phénomènes de compression... Ce qui, à juste titre, a dû préoccuper notre collègue, ce n'est pas tant ces phénomènes paralytiques que *leur cause productrice*, c'est-à-dire la collection hématique lombaire.

Moi-même, Messieurs, j'ai opéré mon blessé, non pas à cause de l'hématurie (qui avait été sérieuse), disparue depuis *trois jours*, mais en raison de l'énorme tuméfaction péri-rénale, du péritonisme, des troubles respiratoires qui en étaient la conséquence et rendaient fort précaire l'état général du sujet.

Il est donc établi qu'il y a des cas de déchirure du rein qui compromettent l'existence par hémorragie : comme cette complication peut tuer en quelques heures, en quelques jours, le chirurgien doit constamment surveiller son blessé, et choisir le moment opportun pour intervenir et sauver son malade.

Le principe de l'intervention nettement établi, que faut-il faire?

Découvrir le rein par une longue incision lombaire, donnant du jour, de l'espace, et permettant la manœuvre des doigts et des instruments.

Agir ensuite suivant la variété et le degré de la déchirure.

Si l'hémorragie est au niveau du hile, sans déchirure appréciable du rein, une pince à demeure rendra de grands services pour arrêter l'hémorrhagie : c'est là un précepte déjà ancien, posé par Le Dentu, et M. Peyrot s'est bien trouvé de l'avoir suivi.

En présence d'une déchirure partielle du rein, si la suture semble suffisamment efficace pour arrêter l'hémorragie, elle aura le double mérite de créer l'hémostase, et d'assurer la réparation anatomique et physiologique du rein. C'est ce qu'a fait très élégamment notre collègue Tuffier.

Mais il est des cas où il faut savoir faire des sacrifices nécessaires, et supprimer par la néphrectomie partielle ou totale *le* ou *les* fragments du rein divisé.

Certainement lorsqu'un fragment de tissu rénal n'intéressant pas le hile a été détaché, il suffira de l'enlever en assurant l'hémostase de la surface déchirée par des pinces à demeure, ou des ligatures, ou un tamponnement iodoformé.

Mais lorsque le rein est divisé en deux ou plusieurs moitiés, que ses fragments sont séparés les uns des autres par des intervalles de plusieurs centimètres, qui rendent impossible une réparation, qu'ils sont *décapsulés*, *à fortiori* lorsque le rein est broyé, il n'y a pas d'hésitation possible, il faut faire *la néphrectomie* d'emblée, sans attendre que des phénomènes infectieux de suppuration imposent mais rendent aléatoire une néphrectomie secondaire.

C'est à ces considérations que j'ai obéi dans mon cas, et je me

félicite d'autant plus d'avoir tenu cette conduite, que les fragments de rein présentaient, comme je vous l'ai déjà fait observer, des îlots de mortification.

Je disais tout à l'heure que le malentendu entre M. Tuffier et moi ne pouvait être qu'apparent; car si je relis les conclusions dont il fait suivre son article « Contusion rénale » du *Traité de chirurgie*, je constate avec plaisir que nous sommes en parfaite communauté d'idées (1).

M. Championnière. Il me paraît difficile d'édicter une règle de conduite pour les contusions graves des reins. On voit guérir des blessés qui paraissaient très sérieusement atteints, mais beaucoup meurent. Je me rappelle en avoir vu succomber un, par suite d'hémorragie persistante, au bout de quinze jours.

Il y a quatre mois, j'ai observé un autre malade qui dès le lendemain de l'accident présentait dans le flanc droit, un vaste empâtement. Il avait l'aspect misérable de l'anémie aiguë, il était réellement mourant. J'incisai. Le rein complètement rompu baignait dans un épanchement sanguin de plus de deux litres. Un tiers de l'organe était détaché du reste. J'ai dû faire l'ablation de l'organe entier. Le malade guérit très bien. Il me semble difficile d'agir autrement en pareil cas.

Rapports.

Sur deux observations de calculs urétraux, envoyées par MM. Lary, de Saint-Orens (Gers) et Julien Pioger (d'Asnières), par M. Bazy.

Rapport par M. Bazy.

Messieurs, vous m'avez chargé de vous rendre compte de deux observations de calculs de l'urètre envoyées, l'une par le Dr Lary, de Saint-Orens (Gers), et l'autre par le Dr Julien Pioger, d'Asnières.

[1] Le véritable traitement dans ces hémorragies persistantes, c'est l'incision lombaire. Elle permet d'aborder le rein, de se rendre maître de l'hémorragie, soit par la ligature d'un vaisseau, soit par la néphrectomie partielle, soit par le tamponnement iodoformé.

La néphrectomie totale ne sera pratiquée que dans les cas où le rein est complètement broyé.

L'indication de l'intervention armée me paraît être l'hématurie persistante, accompagnée de caillots abondants qui provoquent une rétention d'urine. De même la tumeur lombaire, progressivement croissante avec des symptômes d'anémie aiguë, me semble une indication opératoire très nette (Tuffier, *Traite de chirurgie*, p. 487)).

J'en profiterai pour vous donner la relation de quelques autres cas de calculs urétraux que j'ai eu l'occasion d'observer. Je n'étudierai pas, du reste, la question à fond : elle vient d'être l'objet d'une thèse fort étudiée de mon élève, M. Le Roux, qui a recueilli un grand nombre d'observations parues depuis la thèse si connue de Bourdillat.

Voici d'abord l'observation de M. Lary. Je la transcris intégralement, car elle est fort courte et très descriptive.

E..., âgé de 74 ans, a exercé jusqu'à l'âge de 60 ans la profession de tailleur d'habits. Depuis quatorze ans environ, il cultive lui-même sa terre : c'est un homme très laborieux, très sobre, jouissant d'une très bonne santé. Pas d'antécédents vénériens.

Il y a quatorze ans, il s'aperçoit qu'une tumeur se développait à la partie antérieure de son périnée ; mais il n'y fit pas attention. La tumeur grossissant et devenant douloureuse, il fut obligé de s'aliter il y a quatre ans. Il me fit alors appeler, et je constatai la présence au périnée d'une tumeur très dure, très résistante, pour laquelle j'ordonnai des cataplasmes laudanisés. Le malade, qui avait très bien uriné jusqu'à ce moment-là, commença à souffrir d'une certaine dysurie.

Deux jours après, étant revenu le voir, je le trouvai labourant son champ : il me dit que la tumeur le gênait bien un peu, mais que cela ne l'empêchait pas de travailler.

De temps en temps, lorsque je le rencontrais, je lui demandais de ses nouvelles ; il me répondait toujours de façon à me faire comprendre que je le désobligeais en lui en parlant. Je cessai donc de le faire.

Le 24 juillet dernier (juillet 1891), les douleurs étant devenues plus violentes, il appliqua de lui-même sur le périnée des cataplasmes laudanisés. Deux jours après, à son réveil, il aperçoit un calcul, et reproche à sa femme de mettre des pierres dans son cataplasme.

Appelé ce jour-là, je constate au périnée une ouverture assez grande à bords ulcérés.

Le malade me raconta alors qu'il souffrait de temps en temps, depuis quatre ans, et qu'il ne pouvait plus uriner qu'accroupi.

Depuis deux ans, il s'était aperçu, soit en allant à la garde-robe, soit en urinant, que quelques gouttes d'urine s'échappaient d'une fistule, formée sans qu'il s'en fût aperçu, que parfois même l'urine sortait en jet très fin.

La pierre expulsée, le soulagement complet s'est produit. L'urine sort par la fistule, quelques gouttes à peine par la verge. Le malade ne nous a permis ni de le sonder, ni de pratiquer le toucher rectal ; je n'ai pu le panser qu'extérieurement par des lotions phéniquées.

La cicatrisation a été complète au bout de trois semaines.

Aujourd'hui il ne reste plus qu'une petite cicatrice ; le malade a recommencé de travailler comme avant.

Le malade, n'urinant jamais dans un vase, n'a pu nous dire s'il a rendu parfois des graviers.

Voilà donc un énorme calcul (il a le volume d'un œuf de poule et pèse sec 80 grammes) qui a pu être toléré par l'urètre pendant un temps très long, et dont l'expulsion a été suivie de guérison après très peu de jours, et sans causer aucune infirmité.

Cette innocuité tient à l'état d'intégrité de l'arbre urinaire, au moins en ce qui concerne l'infection. L'auteur de l'observation ne nous dit pas si les voies urinaires étaient infectées : mais il est très probable qu'elles ne l'étaient pas. Si elles l'eussent été, il n'aurait pas manqué de noter les troubles locaux et généraux qui traduisent cette infection. Les seules altérations qu'a dû subir l'appareil urinaire ont été le résultat de l'obstacle mécanique apporté par le calcul, et ont été, par conséquent, d'ordre mécanique. Le calcul enlevé, elles ont cessé.

En effet, l'infection joue un rôle considérable dans les accidents auxquels peuvent donner lieu les calculs de l'urètre, que cette infection soit primitive, antérieure au calcul, qu'elle soit secondaire et postérieure à la présence de ce calcul dans l'urètre.

L'origine des calculs urétraux est encore un peu obscure, au moins pour certains d'entre eux.

Pour un grand nombre, voici comment les choses se passent.

Descendu du rein, il tombe dans la vessie et est expulsé dans l'urètre.

S'il est assez petit, si le canal est suffisamment large, il sera expulsé au dehors. Cette expulsion se fait quelquefois, non sans peine. L'effort est quelquefois impuissant, le calcul s'arrête; les lieux d'élection sont les points dits normalement rétrécis du canal, le collet du bulbe, la racine de la verge, la fosse naviculaire. J'ai observé deux cas de calcul de l'urètre dans ces conditions. Une première fois, sur un enfant à l'hôpital Trousseau, pendant les vacances de Pâques 1887 : je fus appelé dans un service de médecine pour voir un enfant, que l'on me présenta comme atteint de calcul de l'urètre ; le diagnostic en effet s'imposait tant par le toucher extérieur que par le cathétérisme ou toucher intérieur. Malheureusement les voies urinaires de cet enfant étaient infectées, et cette infection était devenue générale ; la fièvre était vive, la langue noire et sèche, le pouls rapide, etc. Je me bornai à faire une incision à la racine de la verge sur le calcul immobilisé dans ce point, je l'enlevai facilement, j'évacuai la vessie et la lavai abondamment; malheureusement l'atteinte était trop profonde ; l'infection continua et le petit malade succomba malgré l'intervention.

Dans un autre cas, le calcul était arrêté dans la fosse naviculaire. Il s'agit d'un malade qui m'avait été adressé par le docteur Lefèvre (de Livry). Quelques jours avant de venir me voir, ce malade avait été pris de rétention d'urine à la suite de sensations

pénibles du côté de la verge et du périnée. Sentant bien qu'il existait un obstacle dans le canal, il avait poussé vigoureusement; le canal s'était subitement débouché, et le malade avait projeté au loin son calcul, le soulagement avait été immédiat.

Depuis deux jours, des accidents analogues s'étaient montrés; il avait une peine énorme à uriner; il n'urinait que goutte à goutte et avec beaucoup d'efforts.

Un explorateur, à peine introduit dans le canal, butait contre le calcul; j'en brisai une partie avec une pince à mors étroits et je pus extraire assez facilement l'autre partie; il devait être plus gros qu'un haricot. Le soulagement fut immédiat.

Dans d'autres circonstances, le calcul est arrêté par un rétrécissement et dans ce cas, il n'est pas nécessaire, si peu que soit étroit le rétrécissement, que le calcul soit bien gros pour donner lieu à des accidents ; témoin le fait suivant :

Au mois de juillet dernier, je suis appelé par le docteur Bréchot de Versailles, pour voir un malade atteint de rétention d'urine. Je n'avais pas d'instruments sur moi ; néanmoins avec les quelques instruments que je pus me procurer, je pus diagnostiquer un rétrécissement de la partie la plus reculée de la région périnéale, j'eus le bonheur de passer une bougie fine qui me fit percevoir un frottement rapeux, grâce auquel je pus diagnostiquer des concrétions en arrière du rétrécissement. Je laissai à demeure cette bougie fine et le malade put uriner le long de la bougie. Il fut convenu que s'il survenait quelque chose, on me préviendrait afin que je pusse apporter, en rentrant à Versailles le lendemain soir, les instruments nécessaires en pareil cas.

Un concours de circonstances fâcheuses empêcha de me prévenir; je crus que tout allait bien : aussi quelle ne fut pas ma surprise et mon ennui d'être rappelé à nouveau. Je pus remettre une bougie fine et, craignant en raison de l'indocilité et du caractère bizarre du malade de voir les mêmes accidents se reproduire, je proposai et fis accepter pour le lendemain l'urétrotomie interne.

Quand j'arrivai le lendemain, je vis que nos prévisions s'étaient réalisées: le malade s'était arrangé pour laisser partir sa bougie, s'il ne l'avait aidée à sortir; nouvelle rétention durant comme celle de la veille depuis le matin.

Je fis l'urétrotomie interne qui n'offrit aucune particularité en elle-même; mais le premier jet d'urine qui s'échappa par la sonde à bout coupé entraîna une dizaine de petits calculs uriques, de volume évidemment très restreint, mais suffisant pour obstruer la lumière d'un rétrécissement. Il s'en échappa encore par la sonde et, après l'ablation de cette sonde, il en rendit encore d'autres, en tout une trentaine, tous très petits, à peine plus gros

que des graines de chénevis ; quelques-uns même n'étaient pas plus gros que des têtes d'épingle.

On peut trouver dans les auteurs des exemples analogues.

On peut voir aussi des calculs simulant des rétrécissements. Tel est peut-être le cas suivant qui nous a été envoyé par le docteur Pioger, d'Asnières, et qui est intitulé :

Perforation de l'urètre par un calcul ayant simulé un rétrécissement. — Abcès urétral. —Sphacèle de 4 à 5 centimètres du canal urétral. — Guérison.

Le 9 novembre 1892, je suis appelé près de M. X, qui se plaint de difficultés à uriner, de douleurs à la miction, d'une grande fatigue et de perte de l'appétit.

Ce malade, atteint de rhumatisme chronique qui lui rend la marche presque impossible, sujet à des bronchites catarrhales, me raconte qu'il a toujours eu de la difficulté à uriner depuis 25 à 30 ans ; il a été soigné par le Dr Reliquet en 1870 qui l'a sondé pendant un mois tous les jours et n'a pu se rendre maître d'un rétrécissement qui lui sembla anormal. Le traitement fut interrompu par la guerre. Comme antécédents, M. X. accuse une blennorragie et des coliques hépatiques.

A l'examen actuel, je constate des urines purulentes, une petite tuméfaction douloureuse au niveau de la portion bulbeuse de l'urètre, de la fièvre et un état saburral des premières voies ; la vessie n'est pas distendue et l'hypogastre n'est pas douloureux, pas plus que les régions rénales. Je prescris un grand bain, des diurétiques et 4 grammes de salol par jour, et je fais préparer le nécessaire pour le cathétérisme pour le lendemain. Les deux jours suivants la miction me semble suffisante pour ajourner mon intervention ; mais le troisième jour, je tente le cathétérisme : impossible de franchir un obstacle contre lequel semble venir butter ma sonde, je réussis après quelques tâtonnements, à introduire une toute petite bougie autour de laquelle l'urine sort suffisamment pour soulager mon malade. Le lendemain, impossible de passer une bougie filiforme qu'après avoir déjà introduit dans l'urètre deux autres petites bougies jusqu'à l'obstacle. Je laisse cette bougie à demeure pendant 24 heures, après quoi je puis passer une toute petite sonde qui me permet de faire un lavage de la vessie ; pendant ce lavage, je ne remarque pas sensiblement de pus ; ce n'est que dans les heures suivantes que le malade en rend, principalement autour de la sonde. Je continue ainsi les lavages et le traitement général, sans amélioration : la fièvre persiste, le malade s'affaiblit, et je constate la formation et l'augmentation rapide d'un abcès urineux au niveau du rétrécissement.

Le 23 novembre, j'incise cet abcès et je trouve dans le foyer un calcul du volume d'un petit haricot, je retire de gros fragments de tissus sphacélés et puis ensuite constater que l'urètre se trouve détruit sur une étendue de 4 à 5 centimètres. Je réussis avec beaucoup de peine à placer une sonde à demeure, et je fais de grands lavages deux fois par jour. Tout va bien les 5 premiers jours, mais, à ce moment, le malade

dérange la sonde en dormant et je me trouve dans l'impossibilité d'en repasser une autre, surtout à cause de l'indocilité du malade qui ne veut plus se laisser toucher. Je suis donc obligé de le laisser uriner par sa plaie, le malade préférant se soumettre à une urétrotomie nouvelle, si elle devient nécessaire plus tard. J'étais très inquiet sur le résultat de la cicatrisation qui me semblait se faire trop vite; mais heureusement tout a bien marché : le malade n'a eu de difficulté à uriner que pendant deux jours, et, après expulsion d'une petite quantité de pus, il déclare qu'il n'a jamais mieux uriné.

En revenant sur ses antécédents, j'ai appris qu'il avait été soigné pour des coliques hépatiques, mais il se rappelle avoir souffert aussi du côté du bas-ventre, avoir uriné du sang et avoir eu souvent de grandes difficultés subites à uriner. Il est donc probable qu'il a eu une colique néphrétique qui aura été confondue avec une colique hépatique. Enfin les particularités constatées par le Dr Reliquet en 1870 permettent de supposer que les accidents actuels ont eu leur source dans un calcul engagé dans le canal de l'urètre où il s'était enkysté depuis 25 ou 30 ans, en simulant un rétrécissement et provoquant la perforation de l'urètre avec toutes les conséquences que nous venons de relater.

Cette observation nous semble encore instructive en raison de la reformation d'un canal urétral aux dépens de tissus cicatriciels et sans l'aide de sonde : nous venons de revoir le malade 8 mois après l'opération et il n'accuse toujours aucune difficulté à uriner.

Autrefois, avant que la méthode de Bigelow ne fût venue modifier la physionomie de la lithotritie, il n'était pas très rare de voir des fragments de calcul s'engager dans l'urètre, et comme à ce moment l'antisepsie était beaucoup plus imparfaite qu'elle ne l'est actuellement, il en résultait des accidents infectieux quelquefois fort graves. Cette sorte d'accident n'existe plus guère aujourd'hui; pour pour ma part, je n'en ai plus observé depuis plusieurs années.

Voilà donc une des origines des calculs de l'urètre : Calcul venant de la vessie et s'arrêtant dans l'urètre. Est-ce la seule origine? ou bien un calcul peut-il naître dans l'urètre et s'y développer?

Cela ne paraît pas douteux pour les calculs de la prostate. En est-il de même pour les autres, pour ceux que l'on rencontre dans les autres régions du canal?

Il est certain qu'on a signalé dans des poches urineuses, dans des diverticules urétraux consécutifs à des abcès (1), des concrétions le plus souvent phosphatiques et qui peuvent être le point de départ des calculs. Je ne citerai que pour mémoire les concrétions phosphatiques, qu'on voyait si fréquemment autrefois sur les plaies de tailles périnéales.

[1] Le Dr Reboul (de Nîmes) nous en communiquait dernièrement une observation.

Mais dans un canal sain un calcul peut-il se développer. Cela paraît peu probable. Cependant un fait que j'ai observé il y a déjà bien longtemps semblerait plaider en faveur de cette manière de voir.

J'ai été consulté, il y a une dizaine d'années, par un magistrat se plaignant de picotements dans le canal, surtout quand il venait d'uriner et même en dehors des mictions, avec envies fréquentes d'uriner. Il avait eu autrefois une blennorragie dont il ne restait rien que quelques filaments dans le premier jet d'urine.

Or, en explorant son canal, je ne fus pas peu surpris de sentir un frottement rugueux et de ramener de la région périnéale sur le talon de la boule une petite concrétion blanchâtre d'aspect phosphatique.

Je fus très surpris de constater que, malgré l'état d'intégrité du canal, de petites concrétions avaient pu ainsi rester attachées à la muqueuse. Le fait n'en est pas moins réel.

Or, supposons un canal un peu irrégulier du fait d'un rétrécissement; supposons un orifice glandulaire anormalement dilaté; on comprend alors très bien qu'une de ces concrétions puisse s'arrêter et prendre un développement d'autant plus considérable que les voies urinaires seront saines, non infectées, et que ce corps étranger pourra être par suite plus facilement toléré par l'urètre.

L'analyse du calcul du malade du Dr Lary plaiderait en faveur de cette hypothèse.

Ce malade, en effet, n'avait jamais eu de troubles urinaires avant le moment où il s'était développé au périnée une tumeur très dure.

Qu'était cette tumeur suivie de calcul? Pourquoi souffrait-il? Parce que le calcul jusque-là bien toléré, avait fourni à des accidents infectieux locaux l'occasion de se développer. Ces accidents aboutirent plus tard à la production d'une fistule.

Or, ce calcul, déjà volumineux au moment où le malade fut vu par le docteur Lary, est un calcul phosphatique ainsi que le montre l'analyse ci-dessous, que M. Berthoud, pharmacien en chef de l'hospice de Bicêtre, a bien voulu faire à ma demande.

Gros calcul blanc, pesant 80 grammes

Phosphate ammoniaco-magnésien	58.960 %
Phosphate de chaux	22.381
Détritus épithéliaux	6.080
Eau	11.419
	98.848
Pertes	1.152

Les pertes comprennent les substances normalement dissoutes dans

l'urine qui imprégnait le calcul à l'état d'humidité et une très petite quantité d'oxalate de chaux, trop faible pour être dosée et certainement inférieure à 1 0/0.

L'acide urique n'a pu être décélé, non plus que la cystine.

Signé : BERTHOUD.

Les calculs phosphatiques vésicaux ne se développent en général que dans des vessies malades, et les signes du calcul sont précédés par des signes de cystite datant de longtemps ; ils s'accompagnent en général de stagnation urinaire.

Si donc un calcul phosphatique de l'urètre fut venu de la vessie, il aurait été précédé par des signes évidents de cystite. Or le calcul existe déjà depuis un certain temps quand les signes vésicaux se montrent.

On pourrait admettre, il est vrai, l'existence de la gravelle phosphatique. Or celle-ci est exceptionnelle sans lésions primitives du bassinet, si exceptionnelle même, que certains auteurs la nient.

Nous pouvons donc admettre au moins pour les calculs uniques, sinon pour les calculs multiples et probablement aussi pour ces derniers, une origine autochtone.

Quoi qu'il en soit de l'origine, un point important, c'est la manière dont il va être toléré par le canal et l'organisme.

Cette tolérance est subordonnée à deux conditions :

1° Le trouble plus ou moins grand qu'il apportera à la miction et à l'évacuation de l'urine : ceci est un fait d'ordre mécanique.

2° L'absence ou l'existence d'accidents infectieux dont il sera l'occasion, sinon le point de départ : fait d'ordre vital.

Je n'insisterai pas sur les troubles mécaniques, bien connus, bien appréciés.

J'insisterai davantage sur les accidents infectieux locaux ou à distance, dont ce corps étranger est ou la cause ou l'occasion et qui vont en déterminer l'expulsion spontanée ou provoquer l'action chirurgicale.

C'est en général l'existence des accidents infectieux locaux qui rend les tissus intolérants pour le corps étranger.

Ces accidents locaux infectieux peuvent avoir une origine différente suivant les cas : ou bien c'est un instrument qui va infecter l'urètre et la région où siège le calcul, transporter les germes infectieux dans ce point, ou bien à défaut de cathétérisme il faut admettre une des deux hypothèses suivantes : ou c'est le calcul qui en irritant le canal va fournir aux micro-organismes qui existent normalement dans son intérieur un terrain de culture favorable et de saprophytes les rendre pathogènes, ou bien ce sont des micro-organismes qui passant par les reins sans y laisser de traces,

comme l'ont démontré les travaux de Bouchard et nos expériences propres, s'arrêtent au niveau du calcul dont les inégalités constituent pour eux des réceptacles tout préparés et où ils trouvent une muqueuse toute préparée pour les faire pulluler.

J'insiste d'autant plus sur ce mode d'infection qu'il est logique, conforme aux données de la pathologie générale, et parce que, malgré les travaux du professeur Bouchard et les miens et ceux de bien d'autres auteurs, il a été nié très catégoriquement par MM. Terrier et Tuffier, lors de la soutenance de la thèse très consciencieusement faite et très travaillée d'un de mes élèves le docteur Le Roux, dont j'ai parlé plus haut.

Enfin j'ajoute que les agents de l'infection pourraient venir directement de l'extérieur à travers les tissus, grâce à une minime solution de continuité de la peau.

Les accidents infectieux peuvent n'être pas purement locaux; ils peuvent être aussi généraux et dans ces conditions, il est bien souvent difficile de savoir si l'état infectieux général a précédé ou suivi l'état infectieux local.

C'était le cas pour un enfant que j'ai eu l'occasion d'observer pendant les vacances de Pâques 1887, dans un service de médecine de l'hôpital Trousseau, alors que je remplaçais le professeur Lannelongue.

J'incisai, l'enfant succomba à l'infection générale sans que l'urètre ait paru participer à cet accident. La rétention d'urine paraissait seulement dans ce cas avoir favorisé la rétention des agents infectieux et des produits septiques.

Chez le malade du docteur Pioger, les accidents locaux paraissent avoir été les premiers en date; les accidents généraux ont suivi.

Chez un malade dont il me reste à parler et que j'ai observé à l'hôpital Lariboisière, dans le service de mon maître et ami, M. Peyrot, que j'avais l'honneur de suppléer, les accidents sont restés purement locaux.

Il s'agit d'un malade entré une première fois dans le service en décembre 1892, pour un abcès périurétral du périnée, symptomatique de rétrécissement de l'urètre, que j'incisai; l'abcès ne communiquait pas avec l'urètre : le malade voulut sortir pour ses affaires, avant que la plaie ne fût complètement cicatrisée ; mais elle ne laissait pas sortir une goutte d'urine.

Il rentra à la fin d'avril ayant alors une fistule urétro-périnéale.

En l'examinant, je constatai en avant du trajet induré de la fistule dans la portion scrotale du canal, une induration qui s'étendait jusqu'à la verge, dont elle dépassait la racine. Une bougie exploratrice faisait constater un frottement rugueux du calcul; on passait une bougie n° 16;

je ne fus pas peu surpris de cette double constatation : tumeur et frottement, puisque trois mois auparavant je n'avais rien constaté.

Il existait des rétrécissements péniens; pour me rendre un compte bien exact de la cause de ce frottement, ou plutôt de la disposition du calcul, le 5 mai, je fais l'urétrotomie avec l'instrument de Civiale, en trois points de circonférence du canal ; je ne mets pas de sonde à demeure.

Le 10 mai, je cherche à voir avec l'endoscope, mais je ne peux pas arriver sur la concrétion.

Enfin le 26 mai 1893, je procède à l'incision du trajet fistuleux, à la résection du canal à ce niveau et à l'extraction du calcul.

Voici l'opération telle qu'elle a été décrite immédiatement après avoir été faite, suivant l'habitude que j'ai prise de M. Peyrot.

La résection du trajet fistuleux induré conduit sur le canal de l'urètre qui est fongueux à ce niveau et est réséqué sur une étendue de 1 centimètre environ.

L'opération est facilitée par l'introduction du conducteur cannelé de Maisonneuve, monté sur une bougie armée qui a pu seule passer, la tentative faite pour passer une bougie d'un numéro plus élevé ayant été infructueuse alors qu'auparavant on avait pu passer une bougie nº 16, ce qui semblerait indiquer que le calcul a notablement et rapidement augmenté de volume.

L'incision cutanée est prolongée en avant le long des bourses de façon à aller ouvrir le canal au niveau de la partie moyenne de l'induration. Une incision de 2 centimètres permet d'extraire le calcul qui a environ 2 centimètres de long et 1 centimètre de large, il est de forme olivaire avec des cannelures longitudinales à sa surface.

Le canal est suturé par un surjet au catgut en suture de Lembert, n'intéressant pas la muqueuse par conséquent.

On dévisse le conducteur cannelé que l'on remplace par la tige conductrice, le long de laquelle on fait glisser une sonde à bout coupé nº 16 jusque dans la vessie ; cette sonde sort par la plaie périnéale. En essayant de faire passer cette sonde d'arrière en avant dans le bout antérieur, le canal est légèrement déchiré dans la partie postérieure de ce bout antérieur ; on suture au catgut de la même manière que l'autre.

On laisse à demeure trois pinces périnéales sur des artères dont la situation trop profonde empêche la ligature. Le reste est suturé par des crins de Florence. La sonde est ouverte dans un urinal après lavages répétés à l'eau boriquée, car la vessie et l'urètre sont infectés.

Cinq jours après, on la change et on passe très facilement une sonde en caoutchouc rouge nº 17, qui ne rencontre aucun obstacle.

Il y a un peu de suppuration superficielle qui n'entrave guère la guérison.

Quelle conclusion au point de vue thérapeutique pouvons-nous tirer de cette étude ?

Le sujet est assez ingrat, il faut le reconnaître, et la question ne s'est pas beaucoup modifiée depuis la thèse de Bourdillat. Quand je dis qu'elle ne s'est pas beaucoup modifiée, je me trompe : l'application des doctrines pastoriennes nous a rendus plus forts et mieux armés contre les accidents locaux, et nous a permis de tenter plus facilement et avec plus de succès des interventions et des incisions urétrales et des sutures.

Chose curieuse, les moyens chirurgicaux actifs paraissent inutiles pour les calculs périneaux; je n'en veux pour preuve que les deux observations des docteurs Lary et Pioger.

Dans les deux cas, les délabrements périnéaux consécutifs à la sortie d'une énorme pierre chez un malade, à un abcès gangréneux chez l'autre, ces délabrements se sont réparés à merveille, le canal s'est reformé et refermé, et la miction s'est rétablie d'une manière qui semble parfaite : de ce côté-là, il semblerait donc qu'il n'y ait qu'à laisser agir la nature.

L'intervention doit être plus active quand il s'agit de calculs arrêtés dans d'autres points du canal, et c'est ici que l'antisepsie et l'asepsie nous ont rendu de réels services en permettant de suturer avec succès des incisions qui autrefois restaient assez facilement fistuleuses.

Vous comprendrez, j'en suis sûr, que je n'ai pas voulu traiter toute la question du traitement des calculs urétraux, et tous les moyens d'extraction par les voies naturelles qui ont été imaginés et auxquels nous avons tous recours, quand l'indication est posée, avant de tenter une opération sanglante.

Sur une observation de splénectomie pour torsion du pédicule de la rate suivi d'accidents de péritonite aiguë, par M. Hartmann.

Rapport par M. Terrier.

Messieurs, le 10 mai 1893, mon collègue des hôpitaux et assistant M. le Dr H. Hartmann vous a présenté une malade à laquelle il avait pratiqué l'ablation de la rate pour remédier à des accidents péritonitiques graves dus à la torsion du pédicule d'une rate mobile.

Voici le résumé de cette observation qui vous a été déjà communiquée par M. Hartmann, observation très intéressante et dont je n'ai pu retrouver qu'un nombre limité d'analogues dans la littérature chirurgicale moderne.

J. B.., 18 ans, entre à l'hôpital Bichat le 8 avril 1893, pour y être traitée d'accidents péritonitiques aigus. Ceux-ci débutèrent brusquement

le 26 mars, dans l'après-midi, par des douleurs abdominales intenses et non localisées, accompagnées de vomissements.

Les 27 et 28 mars, la malade garda le lit et souffrit de vomissements répétés et de douleurs abdominales, avec ballonnement du ventre. Le 29, accalmie, mais persistance des vomissements et des douleurs qui empêchaient l'alimentation.

Les 2 et 3 avril, purgatifs qui n'eurent d'effet que le 6 ; apparition des règles qui durèrent cinq jours comme d'habitude. Douleurs en urinant.

Cette femme, née à la Réunion et ayant vécu à Maurice, y a contracté la fièvre intermittente qu'elle conserva jusque vers 12 ans ; elle souffrait du côté gauche et avait une grosse rate sur la région de laquelle on appliqua de nombreux révulsifs.

Depuis l'apparition des règles (13 ans 1/2), pas d'accès intermittents.

Lors de son entrée, la malade est pâle, les yeux excavés, le pouls à 120°, sans fièvre ; le ventre est ballonné, très douloureux, mais à la percussion, dans presque toute son étendue, sauf à l'épigastre, aux hypochondres et dans le flanc gauche. L'examen des organes génitaux internes est négatif ; les nausées et les vomissements sont incessants et parfois bilieux.

En présence de ces accidents péritonitiques, dont la cause ne nous était pas connue, je conseillai à M. le Dr Hartmann, qui me remplaçait, de pratiquer la *laparotomie* aussitôt que possible. L'opération fut faite le 9 avril 1893. L'anesthésie eut lieu par l'administration successive du bromure d'éthyle et du chloroforme, donnés par le Dr Bourbon. Incision de la paroi sur la ligne médiane au-dessous de l'ombilic d'abord, puis au-dessus, en contournant à gauche l'anneau ombilical. L'épiploon adhérent, épaissi, rougeâtre, occupe toute l'étendue de l'incision ; il laisse voir, par transparence, une masse sous-jacente, rouge-brunâtre. Il est facilement libéré de ses adhérences à l'aide du doigt, et dans cette manœuvre s'écoulent 2 à 300 grammes de liquide citrin, rougeâtre, mêle de débris fibrineux ; pris dans une pince, cet épiploon fut relevé et placé sur une compresse stérilisée. Alors apparut la rate, turgescente, volumineuse, déplacée, à grand axe oblique en bas et à droite, sa face convexe étant devenue antérieure. Elle est attirée au dehors, en décollant de sa face profonde les anses d'intestin grêle rouges et agglutinées par des exsudats fibrineux, et on arrive ainsi sur le pédicule, gros comme le cordon ombilical et *deux fois tordu* sur lui-même, dans le sens des aiguilles d'une montre. Le pédicule est détordu et on le lie avec un double fil de soie entrecroisé, faisant par-dessus le tout un nœud de sûreté ; la coupe du pédicule montre des vaisseaux thrombosés. Le grand épiploon enflammé est reséqué au-dessus d'une ligature en chaîne comprenant quatre fils. Pas de lavage de la cavité abdominale ; suture de la paroi à trois étages.

La rate enlevée est turgescente, un peu indurée, sans infarctus et pèse 2,190 grammes. Quant au liquide péritonéal, recueilli à l'aide d'une pipette stérilisée, et cultivé par M. le Dr Morax fils, alors notre interne, *il était absolument stérile.*

Le soir de l'opération, T. 37°,3. Douleurs abdominales tout à fait calmées, quelques vomissements des liquides ingérés.

Le 10, T. 37° et 37°,4. Urine seule et rend des gaz.

Le 11, T. 37°,4 et 37°,8. Très bon état général; pas de vomissements.

Le 14, une garde-robe spontanée.

Le 18, T. 38°, et le 19, après ablation des crins de Florence qui unissent la peau, T. 39°, sans autres accidents ultérieurs.

Le 5 mai et le 10. Accès fébriles à type palustre (T. 38°,8).

Le 14. Sortie de la malade en parfaite santé. La cicatrice est régulière, sans éventration, longue de 14 centimètres, et qui, de 1 centimètre et demi au-dessus de l'ombilic, s'étend à 2 centimètres du pubis.

L'examen du sang, fait à plusieurs reprises par M. le D[r] Vaquez, a donné les résultats suivants :

23 avril. Hémochrom. de Malassez, 45 (120, chiffre normal) ; hématies, 1,420,000 ; leucocytes, 1 pour 125. Souffle vasculaire léger à la jugulaire et systolique à la base du cœur.

6 mai. Hémochrom., 72 ; hématies, 2.150,000 ; leucocytes, 1 pour 225.

17 juin. Hémochrom., 87; hématies, 2,950,000; leucocytes, 1 pour 175. Ce chiffre est peut-être dû à la présence d'un petit abcès tardif de la paroi abdominale.

9 juillet. Apparition des règles qui durèrent trois jours seulement, avec quelques malaises. Elle perd comme de l'eau rosée, teignant à peine le linge.

12 août. Règles durant deux jours, peu colorées et peu abondantes, sans douleurs ni malaises.

16 août. État général excellent, alimentation très facile, pas de douleurs abdominales, rien du côté des ganglions, du corps thyroïde ou du foie.

Le poids de la malade est de 55 kilogrammes; il était de 52 avant l'opération et de 46 après.

20 août. Issue d'un fil de la suture abdominale et fermeture immédiate de la fistule.

13 février 1894. Santé générale excellente, rien d'anormal du côté du corps thyroïde ou des ganglions. L'opérée a très notablement engraissé, ce qui lui épaissit un peu les traits; son poids est de 59 kilogrammes.

En résumé, chez une jeune femme intoxiquée depuis longtemps par la malaria et ayant de ce fait une hypertrophie déjà ancienne de la rate avec douleurs de l'hypochondre gauche, surviennent brusquement des phénomènes péritonitiques graves indiquant pour le clinicien la nécessité d'une intervention chirurgicale rapide. Celle-ci faite assez hâtivement, on constate l'existence d'un déplacement de la rate très notablement augmentée de volume, déplacement ayant entraîné la torsion du pédicule vasculaire de l'organe et, de ce fait, un épanchement séro-fibrineux intra-péritonéal, épanchement symptomatique d'une péritonite généralisée, mais heureu-

sement à son début, le liquide de cet épanchement étant encore *stérile*.

Nous n'insisterons pas ici sur la fréquence plus ou moins grande des déplacements de la rate, surtout lorsque celle-ci est augmentée de volume, soit par suite d'une intoxication paludique, soit par hypertrophie simple avec ou sans leucocythémie, soit par traumatisme. A cet égard, on peut consulter un travail assez complet du Dr E. Lamboste, publié dans les *Annales de médecine et de chirurgie* publiées à Bruxelles en 1889 [1].

Tantôt donc ces déplacements sont dus à une inversion des viscères, et nous n'avons pas à nous en occuper ici ; tantôt ils sont traumatiques ou pathologiques et déterminent ou peuvent déterminer des accidents graves.

Ces accidents peuvent être et on peut dire paraissent être assez fréquemment des phénomènes de péritonite aiguë ou des accidents douloureux. Dans le premier cas surtout, ils semblent dus à la torsion du pédicule de l'organe. Il se passe là quelque chose d'analogue à ce que l'on observe dans les kystes ovariques, dont le pédicule, plus ou moins long, subit une torsion plus ou moins complète et complexe.

Nous avons pu relever avec M. Hartmann un certain nombre de ces cas de torsion du pédicule de rates hypertrophiées et ayant déterminé des *accidents graves* contre lesquels on a cru, le plus souvent, devoir intervenir chirurgicalement. Je me bornerai à les citer ici :

Kurns (hôpital Sainte-Élisabeth, Anvers [2], 1869). — Déplacement de la rate dans la fosse iliaque droite. Symptômes d'étranglement intestinal. Mort au 15e jour. Pas d'opération. Autopsie. Péritonite suppurée, rate hypertrophiée, pédieule eontourné plusieurs fois sur lui-même.

Albert (Vienne [3], 1885). — Déplaeement de la rate. Accidents péritonitiques aigus. Laparotomie médiane. 1 litre de liquide aseitique ; adhérences molles de la rate. Hypertrophie avec intestin et épiploon. Pédieule tordu de 180° dans le sens du mouvement des aiguilles d'une montre. Ligature. Guérison.

La rate pesait 2,700 grammes. Infarctus splénique.

Bland Sutton [4]. — Rate hypertrophiée. Crise douloureuse avec vomissement. Ineision exploratriee : rate mobile et pédicule tordu. On le détord et la rate reprend sa place. Guérison rapide ; disparition des

[1] *De l'ectopie de la rate*, in *Annales de méd. et de chir.* publiées par le Cercle d'études médicales de Bruxelles, 1889, t. I, p. 39 (Bruxelles, 1890).

[2] Coomans et de Cnaep, Déplacement de la rate dans la fosse iliaque droite; symptômes d'étranglement intestinal pendant la vie (*Annales des sociétés d'Anvers*, 1869, p. 364).

[3] *Verhandl. d. ges. f. chir.*, 1885, t. XIV, p. 63.

[4] *British med. Journal*, vol. II, p. 1334 (London, 1892).

douleurs. Quatre mois après, accidents analogues aux précédents, rate très mobile, péritonisme. Splénectomie. Le pédicule de la rate est tordu trois fois, puis on le lie avec trois fils, dont un le prend en masse. Guérison.

La rate pesait 16 onces. Tissu normal.

Dans ces trois faits, les accidents étaient des accidents péritonitiques aigus. Dans le premier cas, la non intervention a eu pour résultat une péritonite suppurée mortelle ; dans le deuxième cas, l'intervention a fait constater l'existence d'une péritonite avec épanchement de liquide séreux, analogue à celui qui a été observé par M. Hartmann. Enfin, dans le troisième cas, les deux interventions ont une importance clinique capitale. En effet, dans la première, alors qu'il y avait des accidents péritonitiques, on se contente de détordre la rate, et tout rentre dans l'ordre. Puis les accidents réapparaissent, et cela parce que, de nouveau, la rate s'est tordue ; alors on pratique avec succès la splénectomie.

Dans d'autres faits, les phénomènes ont eu une marche plus chronique, et nous pouvons citer ici l'observation suivante, assez récente :

Heurtaux (de Nantes)[1]. — Tuméfaction de la rate, douleurs, accidents fébriles. Laparotomie : adhérences celluleuses de la rate à la paroi abdominale, à l'épiploon et à l'intestin grêle. Quelques-unes de ces adhérences étaient peut-être suppurées. Torsion du pédicule de la rate déplacée et hypertrophiée. Cette torsion a lieu dans le sens des aiguilles d'une montre. Ligature au catgut.

Mort au 3e jour de péritonite suppurée. Rate hypertrophiée pesant 615 grammes.

Dans ce dernier fait, les accidents péritonitiques n'avaient pas suivi une marche suraiguë, mais avaient déterminé des adhérences très étendues et peut-être même de la suppuration en quelques points, ce qui expliquerait la rapide mort par septicémie péritonéale.

Dans ces conditions même, il est possible que la suppuration soit assez étendue pour que l'opérateur ne puisse constater la torsion du pédicule de la rate ; tel est probablement le cas pour un fait de Myers[2], dont voici l'abrégé :

Rate mobile, douleurs, tiraillements, fièvre intermittente. Grossesse un an après ces accidents, accouchement à terme. Suppuration de la

[1] *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. XIX, p. 752 (Paris, 1893).

[2] *Jour. of Amer. med. assoc.*, t. VIII, p. 371 (Chicago, 1887).

tumeur, ouverture à l'extérieur par trois fistules. Laparotomie. La rate hypertrophiée, pesant 7 livres, baigne dans une cavité de péritonite suppurée. Ligature du pédicule avec un double fil de soie. Drainage au tube de verre. Guérison.

Enfin dans nombre de cas, les accidents déterminés par la torsion du pédicule splénique ont été surtout des phénomènes douloureux ; il n'y avait même pas d'accidents péritonitiques comparables à ce qu'on a appelé, après le professeur Gubler, du *péritonisme*.

Nous avons pu recueillir trois de ces faits dans lesquels la torsion du pédicule splénique est indiquée, souvent, il est vrai, d'une façon incomplète quant au sens de la torsion.

PROCHOWNICK [1]. — Hypertrophie de la rate, douleurs vives. Pas d'accidents péritonitiques. Laparotomie. Pédicule large et tordu sur son axe de demi-tour. Ligature. Guérison.

LAWRASON [2]. — Rate mobile. Diagnostic de fibrome utérin concomittant. Électrisation. Apparition d'une violente douleur à gauche. Injections interstitielles de strychnine et de codéine dans la rate. Enfin, laparotomie. Pédicule de la rate tordu, long de 8 pouces. Ligatures. Guérison. La rate, gonflée de sang et normale, pesait 54 onces et demi.

GLASCOW [3]. — Rate mobile, douloureuse. Diagnostic de fibrome de l'ovaire. Traitement électrique, puis laparotomie et replacement de la rate à sa place normale. Insuccès. Splénopexie ultérieure impossible On constate que le pédicule est tordu une fois et on fait la splénectomie. Six ligatures. Guérison. La rate enlevée était triplée de volume.

Ce dernier fait, comparable à celui que nous avons relaté déjà et qui est dû à Bland Sutton, est intéressant en ce sens que la rate, replacée dans une première opération, se déplaça de nouveau et dut être enlevée pour faire cesser les accidents douloureux.

Est-ce à dire que, dans tous les cas où la rate sera mobile et surtout lorsque son pédicule sera tordu, on aura affaire à des accidents péritonitiques aigus et graves, ou bien à des phénomènes péritonitiques chroniques, ou bien encore à des douleurs intenses ? La chose ne nous paraît pas absolument prouvée.

KLEIN [4], chez une femme de 63 ans, morte d'une affection pulmonaire aiguë, a trouvé à l'autopsie : la portion pylorique de l'estomac au niveau des épines iliaques antéro-supérieures, un peu à droite de la ligne mé-

[1] *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1885, p. 479.

[2] *New Orléans med. and surg. journal*, 1888-89, t. XVI, p. 354.

[3] *Transact. of the american association of obst. and Gynecolog.*, t. VIII, p. 239 (Philadelphia, 1891).

[4] *Munch. med. Wochenschrift*, nº 44, p. 751 (29 octobre 1889).

diane. De la tête du pancréas et du bord inférieur de la grande courbure part vers le petit bassin un cordon, du volume du pouce, *tordu une fois sur son axe* vers la gauche. Ce cordon va au hile de la rate, dont la convexité inférieure répond à l'espace utéro-vésical. Pas d'adhérence de la rate avec les organes du bassin. La rate déplacée pesait 340 grammes. L'estomac et le côlon transverse sont aussi abaissés. Or, dans ce cas, malgré la position anormale de la rate et la torsion bien nette de son pédicule, il ne paraît pas y avoir eu pendant la vie d'accidents péritonitiques, car il n'en reste pas trace à l'autopsie. Quant à la question des douleurs, elle ne peut être résolue avec cette observation fatalement incomplète.

Il serait fort intéressant d'étudier aussi les phénomènes morbides divers dus au déplacement simple de la rate sans torsion du pédicule de l'organe ; mais cette étude nous entraînerait trop loin, d'autant que, dans nombre de cas, nous croyons que le torsion du pédicule, qui n'a pas été remarquée par les opérateurs, devait exister et expliquer les accidents parfois aigus et graves qui ont nécessité la splénectomie.

En résumé, on peut dire que la torsion du pédicule d'une rate mobile est une cause fréquente d'abord de douleurs vives dues à la torsion des nerfs qui accompagnent les vaisseaux spléniques, puis d'accidents péritonitiques dus à la torsion des vaisseaux qui s'oblitèrent, déterminent des infarctus dans le tissu splénique, ou comme une congestion énorme de l'organe.

Ces accidents en quelque sorte vaso-moteurs font naître des phénomènes péritonitiques aigus ou chroniques, d'abord aseptiques, ainsi qu'il résulte de l'examen bactériologique du liquide collecté dans le péritoine. Mais cette péritonite peut vite devenir septique, à l'instar des péritonites des sacs herniaires, par conséquent entraîner des accidents septicémiques locaux et généraux, accidents parfois rapidement mortels.

Dans ces cas, on le conçoit, la splénectomie est l'opération indiquée.

J'ai l'honneur, Messieurs, de vous proposer de déposer le travail de M. Hartmann aux archives et de lui adresser des remerciements.

Lecture.

M. Ricard lit une observation de *cholécystentérostomie* (renvoyée à une commission avec M. Michaux, rapporteur).

Présentations de malades.

1° *Opéré de cystocèle inguinale avec épiplocèle.*

Par M. DELORME.

Le nommé Cl., 47 ans, douanier, alcoolique, syphilitique, rattache la hernie inguinale qu'il porte à des efforts faits, il y a quatre ans, pour soulever des sacs de charbon très lourds. Il éprouva alors des douleurs inguinales et lombaires et quinze jours après il constata, dans l'aine, une hernie qu'il maintient par un bandage.

Quatre mois seulement avant son entrée dans mon service, en juillet 1891, il avait commencé à souffrir pendant la miction, il avait observé un arrêt brusque du jet qui repartait ensuite aussi involontairement qu'il s'était arrêté et la pression de son bandage était devenue pénible. Lorsque je l'examinai, autant que me le permettait la surcharge graisseuse sous-cutanée, il présentait une tumeur mal limitée, sortant directement par l'orifice inguinal externe, du volume d'un petit œuf de poule. mate, incomplètement réductible et molasse. L'anneau admettait librement deux ou trois doigts.

Chez cet homme, atteint d'une affection nerveuse chronique, je n'attachai pas, je l'avoue, aux troubles de la miction et aux douleurs réveillées par une pression directe, l'importance qu'elles méritaient, je diagnostiquai un épiplocèle, cure radicale.

Après section de la paroi du canal inguinal, je trouvai sous le *fascia superficialis* lamelleux, une masse graisseuse, globuleuse, assez volumineuse, bien différente par sa consistance de la graisse épiploïque. Elle était dense, emprisonnée dans des cloisons fibreuses courtes, relativement consistantes et était bien plus vasculaire que la graisse propéritonéale.

En le dégageant avec prudence, je tombai sur une sorte de sac à paroi musculaire très nette, à fibres réticulées peu épaisses. Ce sac ne pouvait être constitué que par la vessie. En dehors, je libérai un véritable sac péritonéal peu saillant à pédicule étalé, contenant de l'épiploon adhérent que j'excisai. Ligature du sac péritonéal.

Revenant à la vessie dénudée, je l'incisai de parti pris pour confirmer mon diagnostic ; la chose était sans inconvénient puisque j'avais alors l'intention d'exciser sa portion herniée. J'explorai la cavité de cette dernière et lui trouvai les dimensions d'un œuf de pigeon avec une sorte de pédicule plus rétréci. Le doigt fut engagé ensuite librement dans la cavité vésicale principale, derrière le pubis.

Les troubles respiratoires graves que présentait cet alcoolique renforcé qui, jusque là, avait dû absorber des quantités considérables de chloroforme sans pouvoir trouver un sommeil régulier, me forcèrent à modifier le plan opératoire auquel je comptais m'arrêter ; je dus réunir, à la hâte, l'incision vésicale par une suture à points séparés extramuqueux et porter quelques fils sur la paroi et les piliers. Drain, sonde à demeure.

Le troisième jour, la sonde est rejetée et pendant les efforts de miction, la plaie laisse passer de l'urine en assez grande quantité. Je sacrifie alors la plupart des sutures superficielles et la plaie guérit par réunion secondaire après persistance d'une fistule herniaire durant quelques semaines. A la sortie du malade toute trace de hernie semblait avoir disparu.

Près de deux ans plus tard, ce malade rentrait dans mon service présentant du côté opéré une hernie un peu plus volumineuse que la première, mate, douloureuse à la pression, en partie réductible.

Il souffre pendant les mictions et constate qu'*il lui faut exercer une pression sur la tumeur pour vider complètement la vessie*. La miction s'opère *en deux temps*.

Après nouvelle incision pariétale je retrouve, au niveau et derrière l'orifice inguinal externe, très élargi, la masse graisseuse prévésicale plus dense que la première fois ; derrière et surtout en dehors d'elle un diverticule vésical mou, flasque, reconnaissable à sa paroi musculaire.

Je le libérai des adhérences qu'il présentait, il ne semblait pas recouvert par le péritoine. Dégagé, il avait 7 à 8 centimètres de long et à sa base, 4 centimètres environ.

Après cette dissection, qui donna lieu à une hémorragie assez abondante, je l'excisai non sans avoir, grâce à une incision portée sur son extrémité, engagé mon index dans la cavité vésicale principale et constaté qu'elle présentait des dimensions suffisantes.

La muqueuse était vascularisée, la paroi musculaire atrophiée et fibroïde ; sutures extra-muqueuses rapprochées, sutures de Lambert ; ablation du lipome ; restauration régulière de la paroi et de l'orifice inguinal ; siphon pariéto-vésico-urétral pendant dix jours. Réunion par première intention ; suppression du siphon le dixième jour ; deux jours après, la plaie est complètement fermée et le malade urine sans sonde. Les mictions sont un peu plus fréquentes pendant quelques jours puis redeviennent normales et, actuellement, vingt-trois jours après l'opération, le résultat, comme vous avez pu le voir, est aussi satisfaisant que possible ; les mixtions sont normales, la cicatrice n'est pas propulsée par la toux, l'anneau s'est bien oblitéré. Je me borne à ces détails les plus essentiels de mon observation.

Je ferai remarquer : 1° que déjà, avant ma première opération, les douleurs pendant la miction, l'arrêt brusque du jet qui repartait ensuite aussi involontairement qu'il s'était arrêté, le siège de la tumeur au niveau même de l'anneau inguinal externe, sa forme et son irréductibilité auraient pu me faire soupçonner la hernie vésicale ;

2° Que les mêmes constatations, la nécessité pour le malade d'exercer une pression au-dessus du pubis pendant la miction, la miction en deux temps, ne laissèrent pas de doute sur la récidive et l'augmentation de la hernie vésicale lors de ma deuxième opération.

Pendant ma première intervention, il me fut facile de reconnaître la vessie, grâce à la constatation d'un sac anormalement épais, à paroi musculaire évidente et, si je m'étais arrêté à l'idée de réduire la hernie au lieu de l'exciter, j'aurais pu ne pas l'ouvrir. C'est de parti pris, et non accidentellement, comme la chose est arrivée à un certain nombre d'opérateurs, que je l'ai ouverte.

Ce cas m'a bien montré la valeur du signe sur lequel MM. Monod, Delagénière et L. Championnière surtout ont bien insisté : la présence sous le *fascia superficialis* lamelleux, formant sac, d'une masse graisseuse, à caractères particuliers et frappants : masse globuleuse, dense, d'une dilacération difficile, très vasculaire répondant à la partie interne de la hernie. Après l'avoir observée, on ne saurait guère en oublier l'aspect. Ce signe est d'autant plus précieux qu'on rencontre cet amas graisseux tout de suite à la partie interne de la hernie.

Je relèverai encore dans cette observation la longueur du diverticule vésical, son accroissement rapide après ma première opération, la fragilité de la paroi du diverticule, la guérison spontanée de la fistule qu'une suture trop hâtive et insuffisante avait permis, après ma première opération, la guérison définitive obtenue, au bout de quinze jours, après une excision étendue et une suture régulière avec deux rangs de fils placés en bon tissu, enfin l'utilité d'un tube-siphon chez un opéré qui gardait mal une sonde à demeure.

Discussion.

M. Berger. J'ai opéré l'année dernière une cystocèle qui accompagnait un lipome volumineux. C'était une cystocèle par entraînement.

M. Championnière. Il est de règle en effet que la cystocèle se produise par ce mécanisme. Les cystocèles sans lipome sont extrêmement rares.

M. Delorme. Dans mon cas, la tumeur herniaire se composait de deux parties : l'une interne fournie par la vessie herniée, l'autre externe, représentant un sac herniaire ordinaire.

M. Monod. J'ai observé avec M. Delagenière, un fait semblable au précédent. Il a été publié.

2° *Malade atteint de fracture du fémur par balle, par contact.*

Par M. Delorme.

L'observation très intéressante de ce malade vient à l'appui de la valeur de la classification des fractures par coup de feu, que j'ai établie et qui n'est pas encore acceptée sans conteste.

Il n'est peut-être pas inutile de rappeler que j'ai distingué ces fractures en *fractures par contact*, c'est-à-dire produites par des balles qui frôlent la diaphyse des os longs ou s'aplatissent contre elle ; en *fractures par perforation*, déterminées par des balles qui ont traversé la diaphyse, et en *fractures par gouttières*.

Ces divers types de fractures sont d'ordinaire à grandes esquilles latérales plus ou moins subdivisées. Quand elles s'accompagnent de solution de continuité du membre (le fait s'observe surtout au membre inférieur), elles entraînent un *élargissement* notable et étendu de l'os au niveau de la fracture. Cet élargissement, dû au déplacement latéral de l'une ou des deux esquilles, constitue un bon signe de ces fractures à grandes esquilles. Un deuxième signe, non moins important, est obtenue par la constatation des *saillies anguleuses* supérieures ou inférieures des deux esquilles latérales ou de l'une d'elles, quand l'autre est incomplètement séparée.

On retrouve ici, comme vous pouvez aisément le constater, un *élargissement* latéral, étendu, du fémur droit, à la réunion de son tiers supérieur et de son tiers moyen. Cet élargissement est dû au déplacement, en dehors, de l'une des grandes esquilles dont on distingue bien la *saillie supérieure*, un peu émoussée, et la *saillie inférieure* très aiguë. Cette esquille, externe, a huit centimètres de long; elle est restée dans l'axe du membre.

Ces signes qu'on pourrait, si on n'était pas prévenu des dispositifs habituels de ces fractures, rattacher à un cal difforme par son volume et ses saillies, m'ont permis d'affirmer, chez ce malade, le diagnostic de fracture à grandes esquilles, malgré les vingt-trois ans écoulés depuis le traumatisme.

Le diagnostic de *fracture par contact* a été établi ici d'après deux signes : 1° *l'absence d'esquilles libres, primitives* ; 2° *l'aspect de la balle.* Une balle qui n'a fait que frôler l'os ou s'aplatir contre lui, ne peut libérer complètement des esquilles. Or, chez ce malade, on n'eut pas à extraire d'esquilles libres, primitives, et ce n'est que le quarante-cinquième jour que des esquilles plus ou moins adhérentes au moment du traumatisme et libérées par la suppuration du foyer de fracture ont été extraites. Ces fragments appartenaient sans doute à la deuxième grande esquille plus ou moins subdivisée dont on ne retrouve plus de traces dans le cal. Quant à la balle, elle a subi une déformation caractéristique. Cette balle Dreyse, que je vous présente, aplatie dans le sens antéro-postérieur, montre une dépression étalée, concave, s'adaptant exactement à la face antérieure, convexe, du fémur sur lequel elle s'est moulée; une semblable balle n'a pu traverser ou échancrer un os.

Cette fracture qui remonte à 1870, n'a guéri qu'avec persistance d'une fistule osseuse. Les foyers d'ostéite ou de nécrose répondant le plus souvent, dans les fractures par contact, aux surfaces de division des fragments et des esquilles et d'un autre côté mon malade éprouvant

des douleurs à la pression surtout au niveau de ces surfaces, je fis des incisions en X sur la face antérieure de l'os contuse et sur la face opposée ; je détruisis ces foyers d'ostéite et de nécrose et, depuis deux ans, la guérison de ce malade, retardée pendant vingt et un ans par des poussées inflammatoires et une fistule intarissable, est définitivement obtenue.

Discussion.

M. Terrier. Je ne discuterai pas la division établie par M. Delorme, entre les fractures des os longs selon que la balle agit de telle ou telle façon. Je dirai seulement qu'il m'est impossible d'accepter les conséquences que l'auteur semble en tirer. On ne peut pas admettre que telle fracture soit fatalement destinée à suppurer, tandis que telle autre ne suppurera point. La suppuration est affaire d'infection. Elle sera précoce si l'infection se fait au moment de la blessure, tardive si l'infection a lieu plus tard, à la suite par exemple de pansements mal faits. La suppuration enfin, manquera s'il n'y a pas d'infection du tout, et dans ce cas les esquilles auront beau être détachés, elles ne seront pas éliminées.

M. Delorme. Je ne conteste pas que la suppuration du foyer ne soit, en grande partie, liée à son infection, mais je pense que dans les fractures par perforation ou par gouttière avec esquilles libres nombreuses et acérées, l'irritation produite par le contact de ces esquilles doit aussi entraîner, avec leur intolérance rapide,—quelque soin qu'on ait mis à assurer l'antisepsie du foyer — la nécessité de leur ablation à bref délai. Dans les fractures, par contact avec esquilles adhérentes, il n'y a pas d'élimination d'esquilles si le foyer n'a pas été infecté et, s'il a été infecté, cette élimination sera *secondaire.*

3° *Hématome de dimensions insolites de la bourse prérotulienne et de la région antérieure de la cuisse.*

M. Berger. Le malade en question présentait à la région antérieure du genou une tumeur ayant le volume d'une tête de fœtus à terme, fluctuante, à parois généralement dures mais présentant par places des épaississements qui constituaient autour de sa base un cercle complet d'induration. Cette tumeur s'était développée lentement, mais avait acquis dans les six derniers mois un volume beaucoup plus considérable. Je crus d'abord à l'existence d'un hygroma de la bourse prérotulienne ayant atteint de grandes dimensions ; mais, en examinant le membre avec attention, je découvris sur toute la région antéro-externe de la cuisse, depuis la tumeur

jusqu'au voisinage du grand trochanter, une série de productions situées sous l'aponévrose, les unes mobiles, d'autres fixes, en apparence du moins, productions présentant à peu près la même consistance que les épaississements que la tumeur prérotulienne offrait à sa base. Ces tumeurs variaient du volume d'un pois ou d'une noisette à celui d'un œuf.

Cette extension des lésions à la partie supérieure du membre, leur diffusion, me fit craindre que la bourse séreuse prérotulienne ne fût devenue le siège d'une néoplasie véritable, actuellement en voie de généralisation, et je me rattachai à l'idée d'un sarcome ayant envahi les parois d'un hygroma prérotulien et se propageant au triceps crural. Quoiqu'il ne fût pas possible de songer à pratiquer l'extirpation totale des parties malades, au cas où le diagnostic se serait vérifié, je résolus de pratiquer l'ablation de la tumeur principale, tant pour arriver à une notion précise sur la nature de ces productions, que parce que le malade réclamait impérieusement une opération.

La tumeur prérotulienne contenait de la sérosité colorée en brun foncé et des caillots sanguins anciens et mobiles ; des caillots analogues recouvraient également la face interne de la poche kystique qui, vers sa base, présentait une épaisseur de plusieurs centimètres. Son adhérence aux ligaments latéraux de la rotule était telle que, en cherchant à l'en séparer, j'ouvris l'articulation du genou. Celle-ci était saine, ne renfermait pas de liquide, je fermai aussitôt l'ouverture, que j'y avais accidentellement pratiquée, par une suture.

La partie supérieure et externe de la cavité kystique se continuait sous l'aponévrose du facias lata, avec une sorte de vaste décollement qui remontait le long du droit antérieur de la cuisse et sur la partie antérieure du vaste externe du triceps. J'incisai ce décollement sur une hauteur de 25 centimètres; il était limité par une paroi et renfermait de nombreuses concrétions analogues à celles qui se trouvaient dans la cavité de l'hématome prérotulien ; ces concrétions étaient constituées par d'anciens caillots sanguins, les uns mobiles, les autres adhérents à la paroi. Je les enlevai le plus complètement que je pus et je cherchai à extirper, en la disséquant, la paroi de la cavité qui les renfermait. Cette dissection mit à nu les faisceaux musculaires du vaste externe et du droit antérieur jusqu'au tiers supérieur de la cuisse. En explorant la partie supérieure de la cavité, je remontai jusqu'au voisinage du grand trochanter; ne voulant pas fendre la cuisse dans toute sa longueur, je fis en ce dernier point une incision de 10 centimètres qui me permit de faire sortir ce qui restait de caillots sanguins et d'abraser à la cuiller tranchante toute la surface interne de cette partie supérieure du décollement

profond : je trouvai qu'elle présentait, même en arrière du grand trochanter, un prolongement qui s'étendait assez loin dans la profondeur de la fesse. Ce prolongement fut vidé des caillots qu'il renfermait et les parois furent vigoureusement raclées à la cuiller tranchante.

Après avoir touché toutes les surfaces à nu avec du naphtol camphré, je refermai par la suture les incisions qui avaient permis de procéder à une véritable dissection de toute la longueur du vaste externe et du droit antérieur ; je plaçai plusieurs gros tubes à drainage, courts, en différents points de la ligne de réunion et je fis une compression ouatée très énergique.

Toutes les parties inférieures se réunirent complètement par première intention ; ce ne fut que vers le grand trochanter que deux des orifices laissés pour le drainage, donnèrent lieu à un suintement peu abondant qui tarit seulement au bout de quelques semaines.

Le malade est actuellement bien guéri et se sert aisément de son membre.

L'examen de la tumeur, pratiqué dans le laboratoire de M. Cornil, a fait voir qu'il s'agissait simplement d'un hématome développé dans un hygroma ancien de la bourse prérotulienne. Cet hématome présentait évidemment un prolongement sous-aponévrotique qui s'était rompu et qui avait permis au liquide et aux caillots que renfermait sa cavité, de fuser dans l'interstice du droit antérieur et du vaste externe, et de constituer, par l'organisation des parois de ce décollement, un véritable prolongement de la bourse prérotulienne, prolongement remontant jusqu'à la partie supérieure du membre.

Présentations de pièces.

1° *Calcul vésical spontanément expulsé par l'urètre.*

M. Bazy présente un calcul phosphatique rendu spontanément par un de ses malades qui, à la suite d'une fracture du bassin, s'était rompue la vessie et avait eu un phlegmon diffus infectieux du petit bassin et de la paroi abdominale.

La déchirure de la vessie a nécessité l'usage de la sonde à demeure ; des lavages répétés n'ont pas empêché la production d'une légère cystite, mais surtout la précipitation des phosphates.

Ce calcul a ceci de remarquable, c'est qu'il a plus de 2 centimètres de longueur et près d'un centimètre de largeur : il a fallu pour qu'il fût expulsé que les contractions de la vessie l'aient placé

dans une position favorable, l'aient fait engager par une de ses extrémités.

Son expulsion avait été précédée par des contractions pénibles et répétées de la vessie pendant deux jours.

Sa forme légèrement recourbée, qu'on pourrait comparer à un ongle de chien énorme, montre que sa face concave devait être appliquée contre une surface convexe lisse sur laquelle il restait immobile jusqu'à ce que des mouvements généraux des vésicaux ou bien des lavages l'aient rendu mobile.

2° Cancer de la cavité utérine.

M. MONOD présente un utérus enlevé par la voie vaginale, chez une jeune femme (29 ans) qui souffrait depuis six mois de métrorragies répétées surabondantes.

L'utérus très mobile, col absolument sain, était en forte retroversion. On avait songé à un corps fibreux développé à la face postérieure de l'organe et ayant déterminé la rétroversion. L'opération a démontré que c'était le corps utérin lui-même, augmenté de volume, qui occupait le cul-de-sac de Douglas.

A la coupe, on constate l'existence, dans la cavité utérine, d'une tumeur d'aspect charnu, du volume d'une grosse noix, insérée par une large base au fond de l'utérus.

L'examen histologique fait par M. Macaigne n'a pas encore donné de résultats précis, les parties examinées étant en pleine dégénérescence. Il ne s'agit cependant certainement pas d'un fibrome, mais d'une masse néoplasique probablement épithéliale.

M. SEGOND. J'ai vu faire deux ou trois fois cette erreur de diagnostic, de prendre pour un utérus fibromateux tombé dans le cul-de-sac de Douglas, un utérus contenant une tumeur de mauvaise nature dans sa cavité.

La Société de chirurgie se réunit en comité secret.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le Secrétaire annuel,

PEYROT.

Séance du 18 avril 1894.

Présidence de M. J.-L. Championnière.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° *Bulletin de la Clinique nationale ophtalmologique de l'hospice des Quinze-Vingts* (année 1893);

3° *Annales de la Société de médecine de Saint-Étienne et de la Loire* (années 1892 et 1893);

4° *Résection de la hanche pour coxalgie suppurée*, par M. Grey (de Rio-Janeiro) (M. Championnière, rapporteur).

Rapport.

Sur un cas de bilharzia hematobia, par M. Cahier, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Rapport par M. Delorme.

C'est pendant un séjour en Tunisie, à Gabès et à Gassa, dix ans avant son entrée au Val-de-Grâce, que le nommé O..., garde républicain robuste, âgé de 31 ans présenta pour la première fois une hématurie légère. Les dernières gouttes de l'urine étaient sanglantes sans qu'aucun autre symptôme accompagnât ce pissement de sang, ni douleurs, ni étreintes, ni ténesme. Depuis cette époque, les hématuries terminales ont persisté sans grandes variations, mais, avec un peu d'exacerbation en été ou à la suite de marches et de fatigues. Elles se montraient en moyenne deux ou trois fois par semaine, et parfois dans les moments d'exacerbation, pendant huit ou dix jours consécutifs. Depuis trois ou quatre mois ce malade urine quelques gouttes de sang, deux ou

trois, quelquefois une vingtaine, toujours à la fin de la miction et surtout l'après-midi. Il accuse une sensation de chaleur dans les régions pubiennes et périrénale et une douleur très nette à la face interne des deux cuisses. Les urines sont normales en quantité et troublées seulement par un léger nuage de mucus. Les traitements auxquels on eut recours chez O... furent anodins.

L'examen du malade n'ayant pas révélé de cystite tuberculeuse, calculeuse, blennorragique, de tumeur vésicale, etc. et le toucher rectal n'ayant permis de constater qu'une légère hypertrophie du côté droit de la prostate avec point particulier de résistance vers le milieu de sa base, M. Cahier, se basant sur le résultat de ces constatations, sur les caractères insolites de l'hématurie, sur leur persistance, et influencé par le souvenir récent des cas similaires rapportés par MM. Brault et Villeneuve, examina l'urine au microscope. Il trouva à plusieurs reprises dans les dépôts urinaires des œufs du *Bilharzia hematobia*. Ces œufs ont la forme d'une amande à double contour et leur extrémité se termine par un éperon pointu situé sur le prolongement du grand axe. Plusieurs fois M. Cahier a rencontré dans le champ du microscope des embryons ciliés, mobiles et contractiles sur eux-mêmes, de forme ovulaire ou présentant, quand ils quittaient la cuticule de l'œuf, l'aspect d'un sablier. Ces œufs et ces embryons étant relativement gros, il est facile de les reconnaître au milieu des globules sanguins et des globules blancs qui les entourent le plus souvent. Il suffit pour les trouver de déposer sur une lamelle, sans autre préparation, ni coloration, une goutte de dépôt sanguin ou grisâtre qui se forme au fond du verre dans lequel on a fait uriner le malade. L'examen du sang n'a rien révélé.

Chez le malade de M. Cahier, les signes cliniques si nets, l'hématurie indolente terminale, sans exacerbation sous l'influence du saut, de la course, sa longue durée sans retentissement sur l'état général, le séjour du malade en Afrique lui permirent, nous dit-il, de soupçonner le diagnostic de bilharzia hematobia, l'examen des urines l'établit rapidement et définitivement. Dans les cas plus récents et douteux l'examen microscopique des urines lèverait de même tous les doutes, car notre collègue évalue à quelques centaines le nombre d'œufs contenus dans le dépôt urinaire. La filariose amène non pas l'hématurie mais l'hémato-chylurie et l'examen d'une gouttelette de sang recueillie pendant la nuit y montre des quantités d'embryons filiaires.

On a considéré d'abord le bilharzia comme confiné à l'Égypte où il est endémique. C'était à lui que doivent être attribuées les hématuries que, pendant la campagne d'Égypte, Larrey et d'autres chirurgiens de l'armée observèrent en grand nombre chez nos

soldats. On l'a retrouvé au Cap, au Soudan. Depuis quelques années plusieurs de nos collègues, MM. Brault, Cahier, Loyson, puis Sonnino l'ont observé en Tunisie. M. Villeneuve a traité, à Marseille, un malade atteint de bilharzia. Notre expansion coloniale en Afrique, l'importance des troupes algériennes et tunisiennes, celle de la population civile, leurs rapports si fréquents avec la mère-patrie doivent engager, comme M. Cahier a eu raison de le faire ressortir, à accorder, même en France, une certaine importance à l'hématobia dans la pathogénie des hématuries qu'on peut y observer.

La pathogénie de ces hématuries est bien connue, et M. Cahier n'avait rien à nous apprendre sur ce point.

Ces trématodes se rencontrent assez souvent dans les veines vésicales. Après l'évolution des œufs ils s'accumulent en quantité considérable dans les parois veineuses les distendent et les font éclater. Chez le malade de M. Cahier, une poussée d'hémorroïdes et des hémorragies anales assez abondantes, pendant son séjour en Tunisie, alors qu'il était déjà atteint d'hématurie reconnaissaient sans doute la même origine que l'hématurie.

En l'absence de toute complication (cystite, calcul, etc.), le traitement, d'après M. Cahier, semble devoir rester médical. Harley qui, en 1889, a étudié les effets des injections médicamenteuses intra-vésicales, n'a pas observé, avec elles, de guérisons définitives.

Depuis on s'est adressé à des injections de sublimé au 1/5000, de nitrate d'argent. Le siège du trématode dans les veines, sa pullulation rendent leur action douteuse. M. Cahier a soumis son malade à l'action de l'extrait éthéré de fougère mâle, traitement considéré comme le plus utile ; il ne semble pas en avoir obtenu un résultat avantageux. La question de traitement de cette variété d'hématurie mérite donc qu'on s'y arrête en raison de l'incertitude des résultats fournis par des moyens employés jusqu'ici contre elle.

Je vous propose, Messieurs, d'adresser à M. Cahier des remerciments pour son mémoire, de publier le résumé que je viens d'en faire, de déposer son travail dans vos archives et de l'inscrire dans un rang honorable sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

Communications.

De la métrite associée au prolapsus utérin.

Par M. Bouilly.

La récente discussion de la Société sur le traitement des prolapsus génitaux m'engage à communiquer dès maintenant un cer-

tain nombre de faits dans lesquels l'abaissement utérin semble jouer un rôle important pour la production des symptômes et pour l'indication opératoire.

Quand on analyse avec soin les phénomènes douloureux accusés par les malades atteintes d'affections génitales, on éprouve dans certains cas un véritable embarras pour rapporter la cause des douleurs à une lésion bien déterminée. L'origine des douleurs paraît assez claire dans les affections inflammatoires des trompes et des ovaires et dans certaines dégénérescences de ces derniers organes Elle est plus obscure dans les *métrites simples*, c'est-à-dire non compliquées de propagation aux annexes. Certains types de métrites, tels que l'endométrite cervicale glandulaire, l'endométrite hémorragique, la plupart des *endométrites*, c'est-à-dire des infections de la *muqueuse seule*, sans propagation avancée au parenchyme utérin, sont des affections absolument indolentes. Si les malades éprouvent quelques troubles, ceux-ci ne sont produits qu'à la longue par l'abondance et la répétition des hémorragies ou par l'infection générale née de la lésion locale ; mais de douleur *vraie*, il n'en existe pas.

Au contraire, il existe des douleurs assez fréquentes dans les métrites du col consécutives à la déchirure de cet organe, soit qu'il s'agisse d'une déchirure avec érosion de la muqueuse cervicale et pseudo-ulcération, soit qu'on observe une déchirure ancienne, épidermisée, avec production nouvelle de tissu embryonnaire et néoformation glandulaire, avec des inclusions kystiques, en un mot avec les lésions de la métrite parenchymateuse.

La douleur existe également dans la métrite parenchymateuse *totale*, c'est-à-dire étendue au col et au corps, caractérisée par la présence d'un col volumineux, érosé, déchiré et cicatrisé, bourré de nodosités glandulaires kystiques, et d'un corps augmenté de volume dans toutes ses dimensions, lourd et massif. Cet état s'accompagne souvent de ménorragies, presque toujours de sécrétions muqueuses et glandulaires plus ou moins abondantes, dépendant les unes et les autres plutôt de troubles vaso-moteurs et réflexes que d'une véritable lésion de l'endométrite.

Les troubles fonctionnels et douloureux sont portés à leur maximum quand il existe en même temps une déchirure incomplète du périnée ou un affaiblissement du plancher pelvien avec abaissement consécutif des parois vaginales et de l'utérus. Car l'affection complexe que je vise dans cette description se compose des trois éléments suivants : *a*, la métrite parenchymateuse cervicale ou totale ; *b*, un prolapsus utérin plus ou moins accusé ; *c*, une insuffisance du plancher vagino-périnéal. Ces éléments associés concourent à

la production d'un complexus symptomatique particulier sur lequel je crois bon d'attirer l'attention.

Je passe vite sur la pathogénie bien connue des lésions ; elle peut se résumer en quelques mots : un accouchement laborieux déchire à la fois le col et le périnée ; l'infection de la plaie du col en empêche la cicatrisation et devient avec le temps la métrite cervicale, d'abord superficielle, puis plus tard profonde et parenchymateuse. La même infection entrave ou retarde l'involution utérine et peut-être même l'involution vaginale. Enfin le périnée déchiré dans sa couche superficielle ou forcé dans sa musculature profonde ne représente plus qu'un soutien sans force et un appui virtuel. La résultante des lésions est la production d'un utérus lourd et mal soutenu, troublé dans sa nutrition, sa circulation et ses sécrétions.

Ces éléments combinés, la métrite parenchymateuse et le prolapsus, se réunissent pour donner lieu au complexus symptomatique que je vais maintenant décrire, et leur réunion paraît nécessaire pour sa production, car les symptômes n'existent pas ou ne sont que très atténués si la métrite parenchymateuse évolue seule ou si le prolapsus reste isolé.

Les symptômes sont variés, mais se présentent chez presque toutes les malades avec la même physionomie ; ils reproduisent l'ensemble des phénomènes qui ont été réunis par M. Pozzi, sous le nom de *syndrome utérin* : ce sont des douleurs pelviennes, lombaires, sacrées ; des troubles dyspeptiques surtout caractérisés par la paresse de l'estomac et sa dilatation, enfin des troubles nerveux divers ayant le caractère de la neurasthénie. Ces derniers ne se produisent que peu à peu et sont d'autant plus marqués qu'ils trouvent chez les sujets un tempérament prédisposé, car cet élément neurasthénique ne fait pas fatalement partie du cortège symptomatique et ne se retrouve pas chez toutes les malades. Il est beaucoup moins constant que les douleurs et les troubles fonctionnels.

Ceux-ci sont surtout marqués et donnent presque à l'affection sa physionomie caractéristique. Ces malades sont dans l'impossibilité de se tenir debout plus de quelques minutes ; très rapidement elles accusent dans le bas-ventre une sensation de poids, de gêne, de douleurs, avec cette sensation particulière de descente des organes qui leur fait souvent dire qu'elles vont perdre tout leur intérieur. Elles sont incapables de se faire leur toilette ou de se peigner debout, incapables de rester debout dans un magasin ou chez une couturière et forcées de s'asseoir au bout de quelques instants, exténuées de fatigue et les traits rapidement tirés.

La marche est tout aussi mauvaise que la station debout ; possible au départ, elle s'accompagne d'une fatigue excessivement rapide, d'une sensation de lourdeur, de congestion, de tiraillement dans le ventre, d'altération rapide des traits, et, chez beaucoup de malades, elle ne saurait être prolongée plus de cinq, de dix ou de quinze minutes au plus. La nécessité d'un repos de quelques instants s'impose au bout de ce peu de temps, et la marche peut alors être reprise pour reproduire les mêmes phases de douleur et de fatigue rapides. Rentrées à la maison, ces femmes ne demandent qu'à s'allonger, immobiles, sur la chaise longue, éprouvant du repos horizontal une impression de délassement et de bien-être, ayant même quelquefois besoin d'un jour ou deux de lit pour se remettre d'une sortie et pouvoir en entreprendre une autre. Car cet état persiste pendant des mois et des années avec le même caractère, s'aggravant par la ténacité et la répétition des douleurs, par la dénutrition générale, par l'exagération progressive des symptômes nerveux, mais ne s'accompagnant pas des crises aiguës douloureuses franchement inflammatoires des lésions des annexes. A la longue, ces malades deviennent de véritables invalides, n'osant plus sortir ni rien entreprendre, souffrant à la fois des douleurs locales abdomino-pelviennes et des troubles concomitants de la dyspepsie et de la neurasthénie.

Enfin, chez certaines de ces malades, il n'est pas rare de constater de l'entéroptose et un abaissement du rein droit. On se trouve en présence d'un ensemble symptomatique produit à la fois par la ptose utérine et la ptose abdominale.

A première audition, quand ces malades racontent leur histoire, on serait tenté de croire à la présence de lésions des annexes, et le diagnostic ne peut être définitivement confirmé que par l'examen local. Celui-ci fait découvrir de suite les lésions bien connues sur lesquelles je n'insiste pas : la déchirure incomplète du périnée avec béance de la vulve, du vagin, une cystocèle plus ou moins accentuée et quelquefois une rectocèle, un abaissement de l'utérus dont le col est à 2, 3 ou 4 centimètres de la vulve et dont le corps est souvent en rétroversion. Plus profondément, on reconnaît la métrite parenchymateuse cervicale ancienne avec les lésions de dégénérescence scléro-kystique du col ou l'éversion et la pseudo-ulcération de la muqueuse, rouge, bourgeonnante, vascularisée et facilement saignante ou couverte de muco-pus. Enfin l'hystéromètre indique souvent une augmentation de longueur de l'utérus de 1 à 2 centimètres, et la palpation fait reconnaître l'épaississement et la sensibilité de son corps.

Mais, chose remarquable, les ovaires et les trompes ne présentent pas, en général, de douleurs ou n'ont qu'une sensibilité obtuse ; ils

ne paraissent ni augmentés de volume ni déplacés et sont le plus souvent inaccessibles.

Un examen plus complet révèle souvent la dilatation de l'estomac. l'abaissement du rein droit et du côlon transverse.

A cet état complexe, il est nécessaire d'opposer une thérapeutique complexe. Chacun des éléments de l'affection doit être soigné, et le succès du traitement ne peut être obtenu qu'à ce prix. Il faut s'adresser à la fois à la *muqueuse utérine*, au *parenchyme utérin*, à la *statique pelvienne ;* d'où la triple indication de faire dans une même séance, sous le chloroforme : 1° le curetage de la cavité utérine; 2° l'amputation partielle du col suivie de sa restauration immédiate; 3° la colpopérinéorraphie et souvent la colporraphie antérieure. C'est cet ensemble que, dans un langage familier, j'appelle « faire le complet ».

Le curetage ne présente rien de particulier; il vise surtout la muqueuse du corps qu'on ne peut laisser infectée, mais qui est généralement peu malade.

Suivant la profondeur et l'étendue des lésions, la résection du col est faite d'après les procédés d'Hégar ou d'Emmet, avec restauration immédiate. Toute l'importance de l'intervention consiste dans l'ablation large et totale des tissus scléreux et kystiques, le succès définitif est au prix de l'ablation complète des parties malades. Si on abandonne des glandes infectées, leur présence provoquera bientôt la formation nouvelle d'un tissu embryonnaire; le col redeviendra gros et sensible et ses douleurs se reproduiront.

Je traiterai du reste un jour cette question particulière à propos de la déchirure du col en général et de son traitement. Enfin, le troisième temps des manœuvres opératoires comporte la restauration de la statique pelvienne par une large colpopérinéorraphie qui doit souvent être précédée de la colporraphie antérieure, pour peu que la paroi vaginale antérieure présente une saillie et une ampleur exagérées.

Dans bon nombre de cas, il sera nécessaire ultérieurement de faire porter à ces opérées une ceinture abdominale, genre Glénard, et de leur ordonner un traitement médical approprié dirigé contre les troubles dyspeptiques et nerveux.

Les résultats de ce traitement complexe sont tout à fait remarquables au point de vue de l'amélioration des troubles douloureux et fonctionnels; la station debout et la marche redeviennent peu à peu faciles et n'entraîneront plus cette fatigue et cet épuisement rapides caractéristiques des lésions préexistantes.

Certainement, quelques-unes de ces opérées restent encore pour quelque temps dyspeptiques et nerveuses; mais leur état n'est nul-

lement comparable à la triste condition dans laquelle elles végétaient avant l'intervention.

J'ai opéré à l'hôpital un très grand nombre de cas de ce genre avec de très bons résultats; mais la difficulté de suivre longtemps ces opérées et de juger des conséquences thérapeutiques éloignées, m'engage à restreindre mes observations à une petite statistique de la ville où l'examen prolongé des malades permet une meilleure appréciation des résultats définitifs. J'ai, dans la clientèle, opéré 17 malades de ce genre ; chez toutes je n'ai eu qu'à me louer des résultats de l'intervention et je peux affirmer qu'au bout de quelques mois, tous les troubles douloureux et fonctionnels ont été assez améliorés pour que ces malades aient été rendues à la vie commune dont elles avaient dû s'éloigner pour la plupart depuis plusieurs années. Dans trois cas, une nouvelle grossesse, heureusement conduite à terme, a pu se produire, alors que depuis longtemps il n'y avait plus eu de conception.

J'ai cru devoir insister sur ce complexus symptomatique produit par les lésions associées de la métrite parenchymateuse et du prolapsus utérin et sur le traitement complexe qui leur convient, parce que : 1° cette association ne m'a pas semblé avoir été suffisamment ni spécialement décrite; 2° que bon nombre de ces femmes avaient reçu le conseil de subir l'ablation des annexes ou l'ablation simultanée de l'utérus et des annexes, et qu'il m'a semblé bon d'opposer à cette indication erronée les données d'un diagnostic plus précis et les règles d'une intervention plus conservatrice.

Discussion.

M. Championnière. Je veux demander à M. Bouilly s'il sépare les faits dont il s'occupe des vrais prolapsus de l'utérus; a-t-il voulu viser surtout ces cas dans lesquels, avec une demi-chute de l'utérus, se rencontrent des lésions diverses, principalement du côté du col de l'utérus?

M. Bouilly. C'est bien ces derniers que j'ai eu surtout en vue. Les abaissements les plus grands, les prolapsus les plus complets ne s'accompagnent très souvent d'aucun phénomène douloureux. Les femmes dont j'ai parlé souffrent, au contraire, beaucoup avec des prolapsus peu prononcés, dans lesquels le col est encore à 2 ou 3 centimètres de la vulve; mais il y a chez elles, en plus de l'abaissement, des lésions utérines plus ou moins graves.

M. Pozzi. Les faits que M. Bouilly vient de réunir pour en faire un intéressant tableau sont du ressort de la ***métrite douloureuse*** *chronique* avec ***abaissement.*** J'ai décrit ce type clinique et indiqué

qu'il doit être traité par des *opérations mixtes*, c'est-à-dire par la combinaison du traitement de la métrite chronique (curetage et amputation du col) et de l'abaissement utérin (colpopérinéorraphie). Je crois même être le premier à avoir insisté sur l'utilité de s'adresser successivement à chacun des éléments morbides et à ne pas se borner à traiter, soit la métrite, soit l'abaissement isolément.

M. Championnière. Il faut retenir surtout dans les faits de M. Bouilly l'heureuse influence du relèvement de l'utérus.

Suture sous-périostée de la rotule et de l'olécrâne dans deux cas récents de fracture.

Par M. Tachard, membre correspondant.

Obs. I. — *Fracture fermée de la rotule. Suture à fil perdu.*

Le 2 novembre 1893, le dragon C... se fracture la rotule droite en faisant un violent effort aux exercices de voltige.

Envoyé d'urgence à l'hôpital le 3 novembre, je constate que le périmètre du genou droit est de 45 centimètres contre 35 centimètres à gauche. Il n'existe pas de plaie des téguments.

Le 4 novembre, je pratique l'arthrotomie après injection sous-cutanée de 5 centigrammes de cocaïne. Le fragment supérieur est volumineux, on trouve deux fragments inférieurs constitués par la pointe de la rotule; les tissus fibreux prérotuliens ainsi que les ailerons de la rotule sont très largement déchirés; caillots sanguins volumineux en abondance dans l'articulation. Lavage phéniqué intra-articulaire avec la solution faible.

Les fragments inférieurs sont cerclés, les bouts de fil sont passés dans deux trous pratiqués dans le fragment supérieur; martelés à la surface de l'os, ils sont recouverts par le périoste; deux surjets à la soie réparent la déchirure des tissus fibreux. Drainage intra-articulaire. Quinze sutures au crin de Florence. Pansement sec.

L'intervention fait immédiatement cesser la douleur contusive due à la distension articulaire.

Les jours suivants, apyrexie complète.

Le 11, au niveau du grand trochanter, apparaît une ecchymose.

Le 15, premier pansement pour retirer les drains et les crins. Le 18, deuxième pansement.

Le 25, troisième pansement. La consolidation est obtenue.

Le 4 décembre, suppression de tout pansement.

Le 7, ictère simple.

Le 12, le malade est autorisé à se lever pour la première fois.

Le 10 janvier, il sort de l'hôpital, marchant sans canne; une légère atrophie du triceps persiste encore; les mouvements de l'articulation sont parfaits.

Le malade, revu le 3 avril, est dans un état très satisfaisant ; rétormé du service militaire, il a repris les travaux des champs.

Obs. II. — *Fracture ouverte de l'olécrâne. Suture à fil perdu.*

Le 26 décembre 1893, un brigadier de dragons reçoit un coup de pied de cheval qui fracture la base de l'olécrane obliquement ; il existe une plaie contuse peu étendue, à travers laquelle se produit une hémorragie abondante.

Admis à l'hôpital le 28 décembre, il subit l'arthrotomie le 29. Injection de 5 centigrammes de cocaïne dans la région. Après incision des téguments, on constate la dilacération des tissus fibreux. Un seul fil d'argent suffit à rétablir le contact des fragments. Drainage transversal extra-articulaire.

Sept sutures au crin de Florence.

Pansement sec. Immobilisation du membre en extension.

Le 4 janvier, premier pansement pour retirer le drain. Apyrexie.

Le 13, deuxième pansement. La consolidation osseuse paraît obtenue. Le membre est mis en flexion.

Le 19, tout pansement est retiré. Les mouvements de flexion et d'extension restent encore limités.

Le 3 février, le malade sort guéri de l'hôpital ; on constate que l'olécrane est rigoureusement uni au cubitus par un cal osseux. La présence du fil métallique ne saurait être reconnue. Le malade, revu le 4 avril, est complètement rétabli et a repris son service.

De ces deux faits, on peut conclure je crois, que dans les fractures récentes de la rotule et de l'olécrane, le traitement de choix est la suture sous-périostée antiseptique.

A propos du procès-verbal.

Sur les calculs de l'urètre.

M. Tuffier. A propos du rapport qui vous été présenté sur les calculs de l'urètre, je viens en mon nom et en celui de M. le professeur Terrier, répondre que nous maintenons l'opinion que nous avons formulée : les faits invoqués par M. Bazy ne sont pas suffisants pour permettre les conclusions scientifiques qu'il prétend en tirer.

M. Bazy. J'ai dit et je suis obligé de maintenir que dans les circonstances dont j'ai parlé, MM. Terrier et Tuffier avaient affirmé sans preuves un fait, à savoir que des microbes venus à travers le rein ne pouvaient pas devenir le point de départ d'une infection de l'urètre autour des calculs.

M. Tuffier. Des microbes peuvent certainement traverser le rein, mais il n'est pas démontré qu'ils puissent donner lieu au phénomène indiqué par M. Bazy.

M. Bazy. Dans le travail dont j'ai parlé, l'action des microbes n'avait été donnée que comme l'une des hypothèses possibles pour l'explication de la genèse des accidents infectieux.

Présentations de malades.

1° *Greffe dermo-épidermique à grands lambeaux.*

M. Monod présente deux malades auxquels il a pratiqué une greffe dermo-épidermique à grands lambeaux, d'après le procédé de Tiersch.

Chez le premier il s'agit d'un homme, entré à l'hôpital Saint-Antoine, le 3 janvier 1894, pour une plaie par écrasement de la partie postérieure de la jambe, tellement profonde et étendue que la question d'amputation primitive du membre se posait. Le squelette et les gros vaisseaux paraissant intacts, on tenta la conservation après avoir réséqué la plus grande partie des lambeaux contus et déchirés, et réuni par des sutures perdues au catgut les parties musculaires pouvant être conservées. Presque toute la peau de la face postérieure de la jambe dut être sacrifiée sur l'heure ou se détacha par fragments les jours suivants.

Grâce à des pansements fréquents et soignés faits par l'externe de service, M. Goguel, cette vaste plaie finit par prendre bon aspect, et il ne restait plus à la fin de février qu'une vaste plaie bourgeonnante, se rétrécissant lentement. Cette plaie remontant presque dans le creux poplité, il était à craindre que la rétraction cicatricielle n'entrainât une gêne fonctionnelle notable.

Ce fut pour cette raison, en même temps que pour hâter la guérison que M. Monod se décide à appliquer chez ce malade la greffe dermo-épidermique dite de Tiersch (24 février 1894).

Pour les détails de technique, M. Monod renvoie à la communication qu'il a déjà faite en mars 1888 [1].

Huit jours après, premier pansement. Tous les lambeaux (au nombre de dix-neuf), à l'exception d'un seul, de petite dimension, à la partie supérieure de la plaie, ont pris une adhérence solide avec les tissus sous-jacents ; aucun ne s'est mortifié.

Six jours après, le malade quittait l'hôpital sur sa demande.

[1] *Bull. et mém. de la Soc. de la Soc. de chir.*, 28 mars 1888, t. XIV, p. 271, et 16 janvier 1889, t. XV, p. 63. — Voir aussi communication de M. Jalaguier, *ibid.*, 11 décembre 1889, p. 775, et discussion.

Aujourd'hui, 18 avril, au bout de sept semaines, il se présente à nous avec une cicatrice ferme et souple, à la surface de laquelle on distingue encore la mosaïque formée par les morceaux rapportés. Elle n'entrave aucunement les mouvements du genou.

Le second malade a été opéré de la même façon le 24 mars dernier, pour un vaste ulcère variqueux de la jambe, parvenu à la période de bourgeonnement. Il est certain qu'il eût fallu attendre pendant des semaines la cicatrisation spontanée de cette vaste surface. Aujourd'hui moins d'un mois après l'application des greffes (au nombre de douze), la plaie est complètement couverte d'une membrane qui a toutes les apparences d'une peau sillonnée par les lignes d'intersection des lambeaux greffés.

M. Monod ajoute que les malades présentés par lui en 1888 et 1889 n'ont pas été revus ; qu'il a toute raison de croire qu'ils seraient revenus, si la guérison ne s'était pas maintenue.

Il tâchera de suivre les deux malades présentés aujourd'hui et d'en donner ultérieurement des nouvelles à la Société.

Discussion.

M. Reclus. Dans un moment où l'hôpital Broussais recevait beaucoup de variqueux, j'ai eu l'occasion de pratiquer souvent la greffe Tiersch. J'ai obtenu de cette opération des résultats très brillants au début, mais souvent peu durables. Chez un même malade, j'ai une fois appliqué sur une jambe la greffe de Tiersch et sur l'autre la greffe italienne à la façon de Berger. Cette dernière est assurément plus longue, plus pénible pour le malade, mais quelle différence dans le résultat. Ici le succès fut définitif. La jambe qui avait reçu la greffe dermo-épidermique resta au contraire sujette à des ulcérations.

M. Championnière. J'ai fait aussi à Tenon beaucoup de greffes; un malade reçut une fois jusqu'à 60 petites pièces. Je suis obligé d'avouer que les résultats sont en général peu durables. Il m'a semblé que le bénéfice obtenu était surtout appréciable quand les dimensions de la perte de substance étaient considérables. Pour les ulcérations de peu d'étendue, l'avantage est moindre. Il faut dans tous les cas ne pas se réjouir trop tôt du succès obtenu. L'ulcération survient souvent de nouveau, même à longue échéance.

2° *Extirpation d'un anévrisme poplité*, par M. Chaput.

M. Chaput présente un malade auquel il a fait une ligature de l'artère fémorale à l'anneau de Hunter pour un anévrisme du

creux poplité. Le malade continuant à souffrir malgré l'affaissement de la tumeur, M. Chaput pratiqua l'extirpation qui fut très facile, en l'absence de collatérales perméables. Il trouva le nerf sciatique poplité interne, aplati et très adhérent à la poche. Le malade a été opéré en 1892, il est actuellement en très bon état, il marche parfaitement, il souffre seulement un peu lorsqu'il marche trop vite ou trop longtemps ; son mollet est un peu augmenté de volume ; ces phénomènes s'expliquent par le développement de varices profondes consécutives à la résection de la veine poplitée qui fut faite en même temps que celle du sac auquel elle adhérait considérablement.

Au cours de la séance, la Société de chirurgie a voté sur la demande d'*honorariat* de M. Nicaise.

A l'unanimité des votants, M. Nicaise a été nommé membre honoraire.

La séance est levée à 5 heures.

Le *Secrétaire annuel*,
PEYROT.

Séance du 25 avril 1894.

Présidence M. J.-L. CHAMPIONNIERE.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Lettre de M. NICAISE, remerciant la Société de l'avoir nommé membre honoraire ;

3° *Observation d'ostéome volumineux du brachial antérieur développé à la suite d'une luxation en arrière du cubitus. Impotence. Extirpation et rétablissement des fonctions*, par M. YVERT, médecin-major (M. Delorme, rapporteur) ;

4° *Observations de fractures guéries au moyen de la suture osseuse*, par M. ROUX fils (de Brignoles) (M. Nélaton, rapporteur) ;

5° *Dix-sept cas de varicocèle, traités par la résection du scrotum*, par M. Brault, médecin-major (M. Picqué, rapporteur);

6° *Trois contusions de la tête avec commotion cérébrale et guérison ; dans un cas, trépanation*, par M. André Martin (M. Delorme, rapporteur).

Communication.

Anévrisme poplité. Ligature de la fémorale à l'anneau de Hunter suivie de douleurs névralgiques du mollet. Extirpation secondaire de l'anévrisme adhérent au nerf sciatique poplité interne. Guérison.

Par M. Chaput.

Le nommé Alexandre D..., âgé de 40 ans, garçon marchand de vins, entre à la Salpêtrière, le 1er septembre 1892.

Son père, encore vivant, est rhumatisant ; sa mère est morte d'un cancer il y a quelques années. Il a quatre frères et sœurs bien portants.

Les antécédents personnels se réduisent aux renseignements suivants : il a eu la jaunisse il y a quinze ans ; un érysipèle de la face il y a quatre ans et une attaque de rhumatisme aigu il y a trois ans.

Pas d'antécédents de syphilis.

Il y a quatre mois, en soulevant une pièce de vin, son pied glissa et il fit un violent effort pour la retenir ; huit jours après il commença à ressentir une certaine gêne dans la région poplitée droite ; peu à peu cette gêne s'accentua et il y a un mois il s'aperçut de la présence d'une tumeur pulsatile dans cette même région. Comme cette tumeur augmentait, ainsi que la gêne et la douleur, il ne put continuer à travailler et entra à l'hôpital. Depuis son entrée et malgré le repos auquel il est soumis il souffre toujours d'élancements dans son membre, il ne dort pas, cherchant sans cesse une position dans laquelle il souffre moins. A l'inspection de la région malade on constate que la dépression normale est comblée par une tuméfaction volumineuse animée de battements. A la palpation on sent nettement les battements isochrones à ceux de la fémorale et un peu en retard sur ceux de la radiale.

La tumeur s'étend latéralement du biceps au demi-tendineux ; elle est limitée en bas par le pli de flexion, elle remonte en haut à cinq travers de doigt, environ elle est fusiforme.

A l'auscultation, on entend à chaque diastole artérielle un bruit de souffle prolongé ; il n'existe pas de thrill ni d'autres signes d'anévrisme artério-veineux.

La peau glisse facilement à la surface de la tumeur, elle est normale et non enflammée.

Le mollet est augmenté de volume, dur et douloureux ; pas d'œdème

du membre ; pas de troubles trophiques ni de dilatations veineuses... La flexion du genou s'exécute bien mais est un peu douloureuse à cause de la présence de la tumeur.

Il existe du même côté des ganglions inguinaux volumineux mais indolents.

Un peu d'arthrite sèche du genou du côté opposé.

Rien au cœur, pas d'athérome artériel.

Les autres organes sont normaux. Rien dans les urines.

Le 12 septembre 1892, je pratique la ligature de l'artère fémorale à l'anneau de Hunter ; l'artère est très petite et très saine. Elle est dénudée régulièrement et liée à la soie. Suture sans drainage. Pansement iodoformé ouaté. On entretient pendant quarante-huit heures de chaque côté du membre des boules d'eau chaude pour lutter contre le refroidissement.

Réunion immédiale, ablation des fils le septième jour. A la suite de cette opération l'anévrisme perdit ses battements et se transforma en une tumeur dure de consistance ligneuse et du volume d'un œuf de pigeon. Cependant le malade éprouvait des douleurs en marchant et présentait spontanément des irradiations névralgiques dans le mollet.

Soupçonnant une compression d'un nerf adhérent au sac analogue à celles signalées par Delfet, je me décidai à pratiquer l'ablation de la tumeur qui fut faite le 4 octobre 1892.

Je pratique une incision verticale dans l'axe du membre, dépassant les limites de la tumeur. En isolant la face postérieure de l'anévrisme je constate la présence du sciatique proplité interne, étalé, lamelleux, adhérent au sac et se confondant avec lui. Ce nerf a été coupé en partie par un coup de ciseaux malencontreux. Je passe donc deux soies fines dans les deux lèvres de la plaie nerveuse, ces fils sont montés sur des pinces pour être serrés à la fin de l'opération.

La tumeur est ensuite énuclée avec peine, elle se creva à la partie interne, laissant échapper une bouillie noirâtre épaisse comme de la sépia ; cette perforation est oblitérée avec une pince.

L'artère est isolée à la partie supérieure du sac et coupée entre deux pinces ; la veine poplitée très adhérente au sac ne peut en être séparée, elle est également coupée entre deux pinces à la partie supérieure.

A la partie inférieure l'isolement du sac étant difficile, je pratique la section sur le sac lui-même pincé préalablement avec la veine poplitée qui se trouve ainsi avoir été réséquée sur une longueur de 5 centimètres environ.

Ligatures à la soie en haut et en bas des quatre bouts vasculaires ; les lambeaux exubérants du sac sont régularisés aux ciseaux.

Quelques ligatures de petites veines.

Le sac présente le volume d'un œuf de pigeon, il est épais de 2 à 3 millimètres ; il existe sur la paroi interne une mince couche de caillots fibrineux stratifiés de 1^{mm} 1/2 environ ; toute la cavité du sac est remplie par une bouillie noirâtre épaisse comme de la sépia.

Drainage de la cavité avec une mèche salolée. Sutures au crin.

Enveloppement ouaté du membre.

Boules d'eau chaude sur les côtés de la jambe.

Le malade part à Vincennes le 2 novembre complètement guéri.

Le malade revient en décembre 1892, il n'a plus de douleurs dans le mollet, le pied n'est pas enflé, mais le mollet est dur et la marche est difficile. Le malade quitte l'hôpital après quelques semaines de repos, très amélioré.

En mai 1893, il revient avec une ulcération superficielle de la cicatrice qui est saillante et tendue comme une bride. L'état fonctionnel est parfait, depuis plusieurs mois le malade a repris son pénible métier de garçon marchand de vins. Le malade est sorti au bout de quelques jours complètement guéri.

Le malade a été présenté le 18 avril 1894 à la Société de chirurgie ; il marche parfaitement et continue son métier de garçon marchand de vins. Il souffre un peu dans le mollet quand il marche trop vite ou quand il monte des escaliers et son mollet est augmenté de volume. Il est probable que le malade est atteint de varices profondes causées par la résection de la veine poplitée. Il n'y a pas d'œdème du pied.

Réflexions. — Cette observation vient à l'appui des doctrines soutenues par Delbet relativement aux inconvénients de la ligature lorsque les nerfs sont adhérents au sac. Après la ligature notre malade a présenté des douleurs névralgiques intenses et l'opération qui a suivi a montré l'aplatissement et l'adhérence intime du sciatique proplité interne au sac.

J'avais fait la ligature dans cette pensée que cette opération plus simple que l'extirpation suffirait peut-être à guérir le malade et qu'en tous cas elle rendrait plus facile et moins dangereuse l'extirpation ultérieure. L'événement a confirmé cette prévision, je n'ai eu à lier que 4 à 5 veines; je n'ai pas rencontré les collatérales artérielles si redoutables d'ordinaire dans les anévrismes en activité.

Je pense donc que la pratique que j'ai suivie semble pouvoir être imitée avantageusement aussi pour toutes les grosses tumeurs anévrismales justiciables de l'extirpation, je conseillerais volontiers de faire d'abord la ligature en amont, 'on en resterait là si l'opération était suivie de guérison.

Si la ligature était insuffisante ou suivie d'accidents (névralgies, inflammation), on pourrait recourir à l'extirpation qui se ferait dans des conditions très satisfaisantes, les hémorragies artérielles étant pour ainsi dire réduites à rien.

Une dernière remarque intéressante: voici un anévrisme que nous avons traité par la ligature en amont; immédiatement il a cessé de battre s'est durci et a diminué de volume; on a pu pendant un mois le considérer comme guéri. Cependant nous l'avons trouvé au bout de ce temps rempli d'une bouillie noirâtre formée

de la dissolution des caillots passifs avec une couche très mince de caillots fibrineux. Ce fait me paraît en contradiction avec les idées classiques sur la guérison des anévrismes après ligature. D'après Le Fort, l'anévrysme guérit par la transformation des caillots cruoriques en caillots fibrineux, mais pour que cette transformation soit possible il faut que le courant circulatoire ne soit pas supprimé mais seulement ralenti dans la poche anévrismale.

Or ici il ne s'est pas fait de caillots fibrineux en quantité notable, les caillots cruoriques se sont désagrégés de façon à former une bouillie noirâtre et le sac ne communiquait plus avec le circulation générale. Cliniquement l'anévrisme était guéri, mais anatomiquement il n'était pas notablement oblitéré par des caillots définitifs. La bouillie noirâtre qu'il contenait ne semblait pas pouvoir fournir de la fibrine, d'autant plus que le sac ne communiquait plus avec la grande circulation.

On m'objectera peut-être que cet anévrisme était destiné à récidiver ; je crois au contraire qu'il était bien guéri et que sa cavité se serait comblée par rétraction lente et bourgeonnement des parois.

Je tiens encore à remarquer ce fait que, malgré l'absence de circulation dans l'anévrisme, nous n'avons pas vu apparaître les accidents qui, d'après les classiques, d'après Michaux *(Traité de chirurgie)* doivent en pareil cas survenir presque à coup sûr, je veux dire l'inflammation du sac et le sphacèle du membre.

A propos du procès-verbal.

A propos de la communication de M. Bouilly sur la métrite parenchymateuse compliquée de prolapsus.

M. Bazy. J'aurais pris la parole dans la dernière séance pour venir corroborer les faits avancés par M. Bouilly si j'avais eu en main les observations destinées à appuyer mes dires.

J'ai en effet revu dernièrement deux malades que j'avais eu à traiter pour des prolapsus complets de l'*utérus*, c'est-à-dire avec procidence totale hors de la vulve et auxquelles j'avais fait non l'hystérectomie vaginale mais des opérations anaplastiques.

A l'une, qui était une femme de 34 ans, Marie T..., entrée le 18 juin 1892, salle Elisa Roy, hôpital Lariboisière, j'ai fait, le 25, non seulement le complet, suivant l'expression de M. Bouilly, mais le complet sur mesure, puisque à l'amputation du col avec curettage de la cavité utérine et à la colpopérinéorraphie j'avais ajouté une large élytrorraphie antérieure ; le résultat immédiat avait été

parfait. L'amputation du col faite largement avait créé dans le haut du vagin comme une sangle transversale qui paraissait devoir maintenir l'utérus fixé haut dans le bassin.

Les résultats ultérieurs n'ont pas été moins bons au point de vue du prolapsus. Celui-ci s'est reproduit en partie, en ce sens que le col est à 2 centimètres de la vulve et qu'il existe un peu de rectocèle et de cystocèle. Or cette malade souffre à peine de cet état, et quoiqu'il n'y ait nulle comparaison à établir entre son état antérieur et son état actuel (je l'ai revue le 9 janvier 1894), on peut dire que beaucoup de femmes qui ont un prolapsus même moindre souffrent, elles souffrent surtout parce qu'elles ont de la métrite, comme l'a dit si bien M. Bouilly. Or cette malade n'en a pas. Tel n'est pas le cas d'une seconde malade que j'ai en traitement dans mon service à Bicêtre.

R..., femme O..., âgée de 34 ans, entre le 22 novembre 1892, salle Elisa Roy, à l'hôpital Lariboisière, ayant de la métrite, une déchirure ancienne du col, de la cystocèle, de la rectocèle et du prolapsus de l'utérus. Celui-ci sort à moitié de la vulve.

Le 15 décembre 1892, je lui fais le curettage, l'amputation du col et la colpopérinéorraphie. Les suites sont normales.

Elle est restée guérie pendant un an, dit-elle, mais à la suite de fatigues, les douleurs reparurent plus intenses, bien que l'utérus ne parût pas entre les jambes; elle a été obligée d'interrompre tout travail: car, aussitôt qu'elle se lève et qu'elle se tient debout, elles reparaissent. En même temps que les douleurs, sont survenues des pertes blanches; la malade croit se souvenir que les pertes sont survenues quinze jours ou trois semaines avant les douleurs.

Chez celle-ci le prolapsus est loin d'être revenu aussi complet qu'auparavant puisque avant son opération l'utérus était à moitié, puis aux trois quarts procident hors de la vulve et qu'actuellement le col est haut et fort au-dessus de la vulve.

Cette malade souffre surtout et même plus qu'avant son opération et, quoique opérée depuis seize mois (15 décembre 1892), elle n'a recommencé à souffrir qu'il y a quatre mois.

Les souffrances ont coïncidé avec le retour de la métrite. J'avais été surpris de voir qu'il s'était écoulé un temps aussi long entre l'opération et le retour des douleurs, j'en ai eu l'explication quand j'ai vu que la métrite n'avait fait son apparition qu'à ce moment.

A quoi est due cette métrite? Est-elle due, comme le croit M. Pozzi, à ce que l'occlusion vulvaire n'a pas été parfaite?

Cette fermeture serait bien trop peu exacte, si bien faite qu'elle soit, pour empêcher l'ascension microbienne. Les microbes, pour atteindre l'utérus, ne montent pas tout seuls en général, ils se

font d'ordinaire transporter et, si une réinfection se produit, elle a la même origine que l'infection première.

Suite de la discussion sur le traitement des hernies gangrenées.

M. Paul Segond. Dans sa très intéressante communication sur la conduite à suivre en présence d'une hernie gangrenée, notre collègue M. Chaput, reprenant la question toujours si délicate des indications respectives de l'anus contre nature et de la résection intestinale avec entérorraphie, s'est nettement prononcé en faveur de cette dernière méthode. Faut-il donc accepter désormais cette manière de voir? Faut-il surtout l'accepter dans tous les cas? Je ne le crois pas.

Pour ma part, j'ai fait trois fois la résection intestinale avec entérorraphie circulaire totale, et trois fois j'ai perdu mes opérés en quelques heures. Dans ces trois cas, les conditions me semblaient cependant favorables à ma tentative. Mes trois opérés (deux femmes, l'une de 39 ans, l'autre de 60 ans, et un homme de 40 ans) avaient : la première, une entérocèle crurale droite; la deuxième, une entéro-épiplocèle crurale droite et le troisième une entérocèle inguinale droite. Chez tous trois, l'étranglement datait de quatre à cinq jours, l'étendue d'intestin à réséquer mesurait trois à quatre travers de doigt, l'état général était relativement bon et la distension intestinale peu considérable. Chez tous trois enfin, la suture circulaire a porté sur des portions intestinales tout à fait saines, et des selles abondantes sont venues peu après l'opération nous donner l'espoir du succès. Le résultat n'a pas moins été identique, tous trois sont morts dans les vingt ou vingt-quatre heures et, qu'on le note bien, ce n'est point la péritonite qui les a tués, ce n'est pas davantage l'imperfection des sutures, l'examen nécropsique l'a démontré; ce qui les a tués, c'est le shock, c'est le collapsus opératoire.

Or, j'estime que, chez les malades de cette espèce, on doit toujours s'attendre à pareil résultat quand on les soumet à une opération de longue durée. Leur épuisement habituel, leur état septique particulier ne permettent vraiment pas qu'il en soit autrement; tous les perfectionnements de notre technique opératoire n'y peuvent rien et chez eux toute opération trop longue devient presque sûrement mortelle. Ce sont là vérités cliniques trop bien établies pour ne pas réduire à sa juste valeur le mirage de certaines statistiques. Aussi bien suis-je convaincu qu'en pareil cas, la seule

règle prudente et sage doit être de lever l'étranglement en réduisant toujours au minimum le coefficient traumatique de son intervention. C'est là, du reste, un précepte qui trouve aussi bien son application chez les malades atteints d'occlusion intestinale que chez les hernieux. Mais je dois laisser là cette réflexion étrangère au sujet et me borner à spécifier la conduite que je crois la meilleure en présence d'une hernie gangrenée. Elle se résume ainsi : craindre toujours les opérations longues, remplir l'indication urgente par l'établissement d'un anus contre nature et remettre à plus tard toute autre intervention.

Je ne veux pas dire par là que la création d'un anus contre nature donne toujours la guérison, tant s'en faut, et je sais fort bien, par exemple, que ma statistique personnelle d'anus contre nature pour hernies étranglées démontre le contraire. Je possède en effet huit observations. Quatre de mes opérés sont morts dans les trois ou quatre jours, et les quatre autres n'ont survécu que pour succomber au bout de quelques semaines à des complications rénales (1 cas), ou pulmonaires (3 cas). Mais il n'est pas moins vrai que pas un de ces huit malades n'est mort de mon chef, et j'estime que cette innocuité de l'opération de l'anus contre nature peut être considérée comme la règle. Quoi qu'on en dise, l'anus contre nature a bénéficié des perfectionnements de la chirurgie au même titre que les autres opérations, et ce n'est guère autre chose qu'une incision rapide remplissant fort bien l'indication et permettant aux malades, soit de guérir spontanément, soit de retrouver un état de santé suffisant pour que nous puissions les opérer plus tard en toute sécurité. Bref, je ne viens pas du tout nier la mortalité des hernieux traités par l'établissement provisoire d'un anus contre nature ; mais, contrairement à M. Chaput, j'estime que cette mortalité doit être mise sur le compte de la maladie et point du tout sur celui d'une opération qui, pour être souvent impuissante à sauver des malades condamnés d'avance, n'en reste pas moins incapable de tuer par elle-même. Et, comme je l'ai dit, c'est précisément le contraire de ce qui se passe pour la résection intestinale.

Vous le voyez donc, je suis en complet désaccord avec notre collègue M. Chaput, et jusqu'à plus ample informé, je reste partisan de la doctrine classique si bien exposée par M. Berger dans son article du *Traité de chirurgie*. Dans certains cas exceptionnels, très exceptionnels de mortification intestinale récente et peu étendue, alors que les patients sont encore résistants ou peu déprimés, je reconnais que l'entérectomie avec entérorraphie peut être indiquée et donnera d'excellents résultats. Mais dans la grande majorité des cas, pour peu que la gravité de l'étranglement fasse redouter le shock et le collapsus opératoire, la conduite la plus

sage et la plus sûre consiste à recourir soit à la méthode mixte de Bouilly, soit à l'établissement pur et simple d'un anus contre nature.

M. Terrier. Il est incontestable que l'entérorraphie circulaire, telle que nous la pratiquons, est une opération trop longue et trop grave pour être appliquée couramment aux malades dont nous nous occupons. M. Murphy, de Chicago, qui se trouve aujourd'hui dans l'enceinte de la Société de chirurgie, vient de me dire que, grâce à l'emploi de ses boutons, il arrive à pratiquer l'opération en quatorze ou quinze minutes. Comme conséquence il a obtenu sept succès sur huit cas. Il me paraît tout à fait utile d'essayer chez nous un procédé d'anastomose qui a donné en Amérique de nombreux succès entre les mains de M. Murphy et de ses collègues.

M. Kirmisson. Je suis heureux d'entendre M. Terrier, qui a une si grande expérience des opérations abdominales, déclarer que l'entérorraphie est une opération toujours difficile, longue et grave. J'avais, il y a quelques années, soutenu cette opinion, pendant la soutenance de la thèse de M. Barette contre mon regretté maître, M. Trélat, qui me trouvait de ce fait un peu réactionnaire. J'ai conformé ma pratique à ces principes et j'ai fait constamment l'anus contre nature dans les hernies gangrenées. Les résultats que je ne puis chiffrer exactement, ont été meilleurs que ceux de M. Segond. J'ai dû chez deux malades fermer plus tard l'anus contre nature. Je garderai pour l'avenir cette règle de conduite, à moins que les espérances que M. Terrier nous a fait concevoir ne se réalisent. Si nous pouvions opérer très rapidement l'anastomose dans de bonnes conditions de sécurité, il est clair que je pourrais changer d'avis. C'est la durée matérielle de l'opération qui en fait pour moi la gravité même.

M. Championnière. Je suis du même avis que M. Segond. L'entérorraphie, telle que nous la pratiquons jusqu'ici, est une opération longue, difficile et qui ne donne pas souvent de bons résultats, surtout dans les hernies gangrenées. Je l'ai vu manquer chez deux malades que M. Chaput a opérés dans mon service. L'établissement de l'anus contre nature est beaucoup moins grave. Si nous possédions une technique qui nous permît d'aller vite, comme celle que propose M. Murphy, il y aurait intérêt à marcher dans cette voie.

M. Chaput. Je suis heureux d'avoir provoqué ces réflexions de mes collègues, mais je n'accepte pas toutes leurs critiques. M. Segond m'objecte la mort de malades qui ont succombé douze ou quinze heures après l'opération sans aucun accident nouveau. Il est vraisemblable que ceux-là seraient morts, quelle que fût l'opération.

On a exagéré la longueur de l'intervention. Une entérorraphie peut être faite en trente minutes, couramment. Je reconnais les inconvénients du chloroforme chez les malades dont nous nous occupons; aussi ai-je recours pour eux à l'éther ou à la cocaïne.

Les précédents orateurs me paraissent avoir exagéré, d'une part, la bénignité de l'anus contre nature et, d'une autre, la gravité de l'entérorraphie.

En réalité, les données statistiques établissent pour l'anus contre nature une mortalité de 80 0/0, et encore 30 0/0 des guéris succombent ultérieurement à des complications diverses ou au cours d'opérations complémentaires.

Avec l'entérorraphie on n'a aucun accident ultérieur à redouter, et je suis convaincu que l'on obtiendra de nombreux succès si l'on veut bien appliquer les quatre préceptes suivants :

1° Faire des résections intestinales très larges;

2° Ne pas employer de procédés qui entraînent le rétrécissement du calibre de l'intestin;

3° Laisser l'intestin au dehors entre deux couches de gaze iodoformée;

4° Ne pas employer le chloroforme.

En suivant ainsi une technique perfectionnée, on améliorera, dans une notable proportion, les résultats de l'entérorraphie. Ceux de l'anus artificiel sont immuables.

Au sujet des deux malades que j'ai opérés sans succès chez M. Championnière, je rappellerai à notre collègue que l'un d'eux est mort d'anurie par néphrite; quant au second, il a succombé, je n'hésite pas à le dire, à la suite d'une faute opératoire. Je n'avais pas réséqué assez largement l'intestin; or, les lésions remontaient très haut. Aussi, après quatre jours, pendant lesquels l'opéré semblait aller bien, se produisit-il une perforation secondaire qui provoqua l'issue fatale.

M. Segond. Selon M. Chaput, mes opérés d'entérorraphie qui ont succombé rapidement seraient morts dans tous les cas. Je n'en suis pas persuadé. Je ne suis intervenu que chez des malades en état de supporter le choc opératoire.

Les chiffres fournis par notre collègue à l'appui de sa manière de voir ne me touchent guère.

Il est infiniment difficile de bien établir et de bien interpréter des statistiques lorsqu'il s'agit de cas aussi complexes. Cette mortalité de 80 0/0 dont parle M. Chaput, mais c'est la mortalité de la hernie gangrenée. L'anus contre nature, lui, ne tue pas.

M. Chaput. Il est excessif de dire que l'anus contre nature ne tue pas. Il tue assez souvent, au contraire : par phlegmon stercoral;

Paris. — Imp. Paul Dupont, 4, rue du Bouloi (Cl.) 45.6.94. *Le gérant* : G. Masson

par thrombose; par dépérissement du sujet lorsque l'anus siège trop haut; par accident enfin au cours d'une opération ultérieure.

Du côté de l'entérorraphie, mettez en balance les faits suivants : Mikulicz n'a perdu que 30 0/0 de ses opérés. Murphy a eu, par une technique spéciale, mais que l'on peut imiter, les succès que vous connaissez; récemment, Delbet a opéré deux malades avec succès.

Voilà bien des motifs de persister dans l'opinion que j'ai soutenue devant vous.

Communication.

Considérations sur le traitement des fistules trachéales à propos d'un cas particulier.

Par M. E. Kirmisson.

Le cas suivant qui s'est présenté récemment à mon observation me paraît intéressant à signaler en ce qu'il prête à des considérations instructives sur le traitement des fistules trachéales.

Le 6 novembre dernier, entrait dans mon service un jeune homme de 19 ans, portant une canule trachéale qu'une attaque de croup avait rendue nécessaire, et qui était restée en place depuis cinq ans. J'enlevai cette canule et je constatai que la respiration s'effectuait sans difficulté malgré sa suppression; venait-on à oblitérer l'orifice fistuleux, le malade n'accusait aucune gêne respiratoire, ce qui dénotait qu'il n'y avait pas d'obstacle au passage de l'air. Dans ces conditions, j'entrepris de fermer l'orifice anormal.

Le 11 décembre 1893, j'exécutai l'opération suivante :

Tout autour de l'orifice fistuleux et à un centimètre et demi de lui environ, je dessinai avec la pointe dn bistouri un lambeau de forme elliptique; je disséquai ce lambeau par sa face profonde en le laissant adhérent seulement aux bords de l'orificc anormal. Ce lambeau fut retourné sur lui-même et invaginé dans l'orifice fistuleux, de sorte que sa surface épithéliale répondait à la face interne de la trachée, tandis que sa face cruentée regardait au dehors. Les deux lèvres de cette surface cruentée furent affrontées au moyen de trois points de suture au catgut. En un mot, je mis ici en œuvre le procédé employé dans un cas semblable par M. Berger et communiqué par lui à la Société de chirurgie. Moi-même, en 1886, dans le service de M. Th. Auger j'avais déjà fait usage de ce procédé et je l'avais appliqué à la cure d'une fistule urétrale.

Au-dessus de ce premier plan de sutures, j'en fis un second comprenant trois points également et maintenant accolés les tissus profonds;

un troisième plan de sutures au crin de Florence fermait l'incision cutanée sous la forme d'une ligne verticale.

Immédiatement après l'opération, il me sembla que le malade ne respirait pas très aisément. Cependant, le lendemain, au moment de la visite, on me dit qu'il ne s'était produit aucun incident et que le malade avait passé une bonne nuit. Mais, à deux heures de l'après-midi, survint un véritable accès de suffocation qui nécessita l'enlèvement de tous les points de suture et força à remettre en place la canule. Tout rentra dans l'ordre; aussi le surlendemain, le malade respirant très aisément eus-je l'idée d'enlever la canule, dans la pensée que peut être, une réunion secondaire pourrait se produire et amener la guérison. C'est en effet ce qui arriva ; nous vîmes peu à peu les lèvres de la plaie se couvrir de bourgeons charnus ; l'orifice anormal se rétrécit et arriva même à se fermer complètement. Malheureusement, pendant les jours suivants, dans un effort de toux, il se produisit une petite rupture de la cicatrice à sa partie inférieure ; l'air recommença à passer par ce petit orifice fistuleux que j'ai dû fermer le 23 avril par une petite opération complémentaire comprenant l'avivement et la suture des lèvres de l'orifice anormal.

Le point sur lequel je me proposais surtout d'attirer l'attention dans cette très courte communication, c'est la possibilité de voir se produire la réunion secondaire, lorsque, par une première opération, on a détaché la trachée de ses adhérences à la peau. Cela prouve que le fait principal dans les fistules trachéales, c'est l'adhérence de la trachée à la peau au fond de l'infundibulum cicatriciel profond qui caractérise les fistules trachéales. Mobiliser la trachée de façon à ce que, dans les mouvements de locomotion nécessités par l'inspiration et l'expiration, elle n'entraîne pas avec elle le tégument externe, c'est la condition essentielle qui doit être remplie dans tous les procédés de traitement des fistules trachéales. C'est elle qui nous explique les succès obtenus par les procédés opératoires de MM. Desprès et Le Fort, procédés communiqués autrefois par leurs auteurs à la Société de chirurgie.

Discussion.

M. Bazy. J'ai employé un procédé analogue pour réparer chez un cocher qui avait tenté de se suicider, une perte de substance de la trachée. J'ai d'abord disséqué et suturé la muqueuse, puis j'ai suturé la peau au-dessus de cette réunion profonde.

Présentation de pièces.

Varice anévrysmoïdale irréductible de la saphène interne au voisinage de son embouchure.

M. Paul Segond. J'ai l'honneur de vous soumettre une pièce qui présente, m'a-t-il semblé, un certain intérêt. Il s'agit d'une poche anévrysmale développée sur la saphène interne au voisinage de son embouchure et réséquée par moi dans les conditions suivantes :

Mon opéré est un homme de quarante-six ans, entré dans mon service le 24 juillet dernier pour me demander, disait-il, la cure radicale d'une hernie crurale qui avait occasionné les jours précédents des troubles assez sérieux pour faire craindre un étranglement. Il portait en effet, au niveau de la région crurale droite, une tumeur globuleuse, irréductible et douloureuse dont le début remontait à trois ans.

Cette tumeur s'était produite à la suite d'un violent effort et le médecin consulté avait porté le diagnostic de hernie crurale et prescrit le port d'un bandage. Ce conseil avait été scrupuleusement suivi jour et nuit jusqu'au mois de mai 1893, mais à cette époque la tumeur était devenue irréductible et le port du bandage impossible. Peu après les phénomènes douloureux avaient pris assez d'importance pour faire craindre un étranglement et, comme je le disais il y a un instant, c'est à la suite d'une poussée de cette nature que le malade est venu me trouver.

Voici quels furent à ce moment les résultats de mon examen : la tumeur grosse comme une forte noix, très régulièrement sphérique bombait dans le triangle de Scarpa à deux ou trois centimètres au-dessous du ligament de Fallope. La peau était absolument normale et mobile à son niveau, sa surface était lisse au toucher et sa consistence pâteuse plutôt que fluctuente. On la circonscrivait facilement dans toute son étendue sauf en arrière, sans trouver à ce niveau la sensation nette d'un pédicule. Mate à la percussion, elle était absolument irréductible et ne subissait aucune impulsion sous l'influence de la toux.

J'ajoute qu'il n'y avait pas traces de varices dans toute l'étendue du membre correspondant. Dans ces conditions, le diagnostic me semblait assez délicat. Je n'avais aucune raison de songer à une dilatation variqueuse ainsi limitée, ce n'était sûrement ni une hernie, ni une hypertrophie ganglionnaire et procédant par élimination, j'avais accepté l'idée d'une formation kystique développée au dessus ou au devant d'un sac deshabité. Quant à l'intervention elle était évidemment indiquée, et c'est elle seule qui m'a donné le diagnostic. L'incision de la peau m'a conduit sur une tumeur noirâtre pleine de caillots et communiquant avec la saphène par un orifice circulaire et très régulier.

Je n'insiste pas sur les détails de cette intervention fort simple. Après ablation de la tumeur et vérification de sa nature, j'ai sec-

tionné la veine entre deux ligatures, au niveau de sa communication avec la poche, j'ai suturé la plaie sans drainage et le malade a quitté mon service peu de jours après complètement cicatrisé.

Quant à la tumeur, la voici et vous pouvez constater qu'elle diffère notablement des dilatations généralement observées. Elle se présente en effet sous la forme d'une véritable poche anévrysmale circonscrite, communiquant avec la veine par un orifice circulaire étroit et développée sans que la saphène ait subi la moindre dilatation soit au-dessous, soit au-dessus.

Le contenu de la poche était constitué par des caillots assez adhérents aux parois et celles-ci examinées au microscope par mon interne et ami M. Cazin lui ont permis de retrouver plus ou moins altérés les caractères histologiques habituels des tuniques vasculaires. Les cas semblables à celui-ci sont, vous le savez, assez rares, et la possibilité de rencontrer ainsi des dilatations veineuses aussi limitées, tout à fait irréductibles et par conséquent privées de leurs symptômes révélateurs habituels mérite d'autant plus l'attention qu'en pareil cas le pronostic peut être fort sérieux.

Le fait si frappant rapporté ici même par M. Desprez en témoigne. La dilatation veineuse portait, il est vrai, sur la fémorale et non pas sur la saphène mais l'analogie n'existe pas moins. Or, voici ce qu'il en advint. M. Desprez en palpant la tumeur qui présentait l'aspect d'une hernie crurale, venait d'obtenir une réduction partielle, lorsque le malade pâlit et s'affaissa sur lui-même ; quatre minutes après il était mort. On trouva à l'autopsie une double embolie pulmonaire et l'on reconnut que la tumeur crurale considérée depuis dix ans comme une hernie était une dilatation circonférentielle de la veine fémorale renfermant des caillots anciens. Il me serait, vous le voyez difficile de trouver un meilleur exemple pour vous rappeler la gravité possible des tumeurs de cette nature et la nécessité de les enlever par le bistouri.

Présentation d'instruments et appareils.

Table opératoire de Malherbe.

M. Paul Segond. J'ai l'honneur de vous présenter, au nom de mon interne et ami M. Malherbe, une nouvelle table opératoire construite sur ses indications par M. Collin. Cette table en bois de chêne, recouverte d'un vernis blanc laqué au four et très facile à tenir propre, peut être modifiée dans sa forme à l'aide d'un mécanisme fort simple et répondre à toutes les exigences de la chirurgie actuelle.

Les trois figures ci-jointes représentent ces modifications.

La figure 1 montre la table horizontale sur laquelle on place les malades qui doivent être opérés dans le décubitus dorsal.

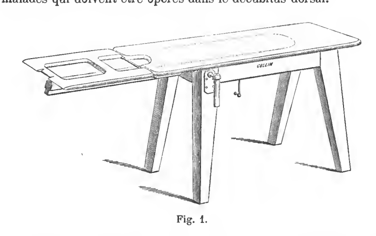


Fig. 1.

La figure 2 représente la modification en plan incliné. Pour l'obtenir, il suffit de tirer en arrière le plateau et de soulever son extrémité antérieure. Le plan incliné de Trendelenburg est aussitôt réalisé. L'extrémité postérieure du plateau vient reposer sur un

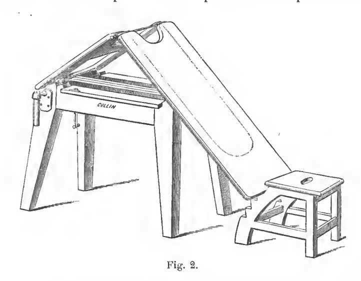


Fig. 2.

tabouret dont les deux pieds antérieurs lui offrent une série de crans d'appuis. On peut donc incliner à volonté le patient. Le même tabouret sert au chloroformisateur.

La figure 3 montre enfin la troisième transformation de la table

de Malherbe, qui devient par le simple enlèvement de la partie antérieure du plateau une table parfaite pour toutes les opérations gynécologiques. Des fourches solides et très bien construites

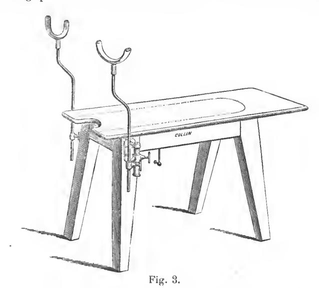


Fig. 3.

prennent leur point d'appui sur les pieds massifs de la table. Ces fourches sont mobiles dans tous les sens, et leur fixation s'opère par un système nouveau d'une dureté absolue.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,

PEYROT.

Séance du 2 mai 1894.

Présidence de M. J.-L. CHAMPIONNIÈRE.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° *Il Policlinico*, n° 8, 1re année, avril 1894 ;

3° *Echelles visuelles et leurs applications*, album de planches et texte, par M. Nicati (de Marseille);

4° *Photographies représentant la trousse d'un chirurgien persan du* XVIIe *au* XVIIIe *siècle, et les instruments contenus*, envoyées par M. Lardy (de Constantinople);

5° *Extirpation de l'astragale pour pied bot ankylosé en équin consécutif à une fracture compliquée de jambe*, par M. Lafourcade, (de Bayonne).

M. le Président annonce la mort de M. Patry (de Sainte-Maure), membre correspondant.

Communication.

Sur l'anesthésie combinée avec le bromure d'éthyle et le chloroforme,

Par M. Paul Segond.

Dans cette courte note, je n'ai point du tout l'intention de vous retracer l'histoire même abrégée de l'anesthésie par le bromure d'éthyle. C'est une question que vous connaissez tous, grâce aux publications récentes de M. Terrier et de ses élèves [1]. Je n'ai pas davantage l'ambition de mettre en cause les questions nombreuses qui surgissent toujours lorsqu'il s'agit d'anesthésie chirurgicale. Mon seul but est de vous exposer en peu de mots les résultats que m'a donnés cette méthode d'anesthésie et les principaux avantages qu'elle me paraît offrir.

C'est en écoutant la communication faite ici même le 19 octobre 1892 par M. Terrier, sur cette question, que j'ai conçu le projet de la mettre à mon tour à l'étude. Ayant eu la bonne fortune d'avoir l'an dernier M. Malherbe pour interne, j'ai pu mettre à contribution la grande expérience que lui a donnée M. Terrier lui-même sur cette méthode d'anesthésie et c'est avec son assistance que j'ai pu réunir les 443 cas d'anesthésie par bromure d'éthyle, dont je vous apporte aujourd'hui les résultats. C'est vous dire que

[1] Terrier, Nouveau procédé d'anesthésie mixte par le bromure d'éthyle et par le chloroforme (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1892, t. XVIII, p. 626). — Hartmann et Bourbon, Le bromure d'éthyle comme anesthésique général (*Revue de chirurgie*, 1893, p. 701). — Terrier et Péraire, *Petit manuel d'anesthésie chirurgicale*. Paris, 1894. — Malherbe et Castex, Contribution à l'étude des tumeurs adénoïdes; action physiologique du bromure d'éthyle (*Bull. méd.*, mars 1894, p. 219).

nous nous sommes scrupuleusement entourés de toutes les précautions conseillées par M. Terrier et notamment par ses élèves, MM. Hartmann et Bourbon.

Parmi ces précautions, la plus importante de toutes c'est de n'employer jamais que du *bromure d'éthyle absolument pur*, qualité qui, soit dit en passant, fait toujours défaut lorsque l'éther bromhydrique nous est fourni par la pharmacie des hôpitaux. Quant au mode d'administration que nous avons adopté, en voici les données principales :

Contrairement à la pratique de quelques spécialistes, ne jamais administrer le bromure que dans le *décubitus dorsal*, comme dans l'anesthésie par le chloroforme. *Ne jamais recourir à la méthode des doses faibles*, laquelle est certainement très dangereuse, j'ai pu m'en convaincre deux ou trois fois au moins. Ne jamais confier l'anesthésie qu'à *un assistant très expérimenté*. Vaseliner largement les lèvres, le nez, les joues et le menton pour éviter les brûlures. Se servir d'une compresse pliée en quatre. Verser d'abord sur cette compresse une quantité de bromure d'éthyle suffisante pour faire une tache large comme une pièce de cinq francs environ. Présenter la compresse au patient sans violence, en l'invitant doucement à respirer, puis, au bout de quelques secondes, et seulement au bout de quelques secondes, changer brusquement de tactique, arroser largement la compresse, l'appliquer hermétiquement sur la bouche et le nez, surveiller sans les redouter les irrégularités possibles de la respiration, maintenir la compresse jusqu'à résolution complète, c'est-à-dire pendant un délai qui atteint rarement une minute et passer ensuite à l'administration du chloroforme par la méthode des petites doses continues. Quand l'opération doit être assez courte pour qu'on puisse se contenter du bromure sans continuer avec le chloroforme, le mode d'administration est le même. La première dose massive versée suffit à procurer une anesthésie de plusieurs minutes, et la compresse doit être éloignée dès que la résolution est obtenue.

En cas d'opération plus longue, on peut prolonger l'anesthésie en réappliquant la compresse chargée d'une nouvelle dose de bromure d'éthyle ou même telle qu'elle est encore, c'est-à-dire simplement imprégnée par la première dose massive versée. Mais, d'une manière générale, il serait imprudent de revenir plus de trois fois à cette reprise des inspirations bromurées.

C'est en procédant ainsi que nous avons endormi nos 443 malades.

Voici comment ils se répartissent : 52 ont été endormis par le bromure seul et 391 par le bromure d'éthyle et le chloroforme.

Les 52 cas d'*anesthésie par le bromure seul* comprennent :

32 fistules à l'anus, 1 redressement brusque de la cloison, 1 ongle incarné, 1 réduction de luxation de l'épaule, 2 adénites énucléées, 1 lipome et 14 dilatations de l'anus.

Les 391 cas d'*anesthésie mixte* comprennent : 105 hystérectomies vaginales, 30 amputations du sein, 77 curettages utérins, 20 laparotomies pour affections utérines ou annexiales, 3 cancers de l'intestin, 10 perinéorraphies, 2 hystéropexies, 1 bartholinite, 1 cancer de la vulve, 2 polypes de l'urètre, 1 cancroïde du front, 1 ongle incarné, 7 énucléations ganglionnaires, 1 résection du genou, 1 néphropexie, 1 kyste sébacé de la fesse, 1 kyste hydatique du foie, 1 résection du maxillaire supérieur, 2 résections du nerf maxillaire supérieur et du ganglion sphéno-palatin, 1 résection du nerf maxillaire inférieur, 2 hématocèles incisées par le vagin, 4 empyèmes, 1 anthrax, 4 fistules anales, 1 kyste de l'épididyme, 18 cures radicales de hernies, 4 lithotrities, 24 abcès d'origines diverses, 10 laparotomies, 1 hystérectomie abdominale, 1 enchondrome de la parotide, 2 castrations, 1 cancroïde du nez, 1 arthrite du poignet, 3 amputations de phalanges, 7 évidements osseux, 2 phimosis, 5 épithéliomas (langue, rectum), 1 varice de la saphène, 2 ablations de sarcomes, 1 ablation de névrome, 4 anus iliaques, 1 amputation de jambe, 1 luxation de l'épaule, 2 appendicites, 1 taille suspubienne, 1 gastro-entérostomie, 1 cure radicale pour éventration, 1 néphrectomie, 1 tumeur ganglionnaire de l'aisselle, 3 trépanations mastoïdiennes, 1 cancer de l'ombilic, 1 imperforation du vagin, 1 résection du pylore.

Laissant là cette liste fastidieuse, mais utile au point de vue documentaire, j'en arrive aux résultats constatés chez ces 443 malades.

Chez les 52 malades endormis par le bromure seul, je n'ai pas relevé l'ombre d'un accident, leur insensibilité s'est maintenue parfaite et comme tous ceux qui ont expérimenté ce mode d'anesthésie, j'ai été frappé par la simplicité parfaite du réveil aussi bien que par l'absence de tout malaise consécutif. Aucun de mes 52 opérés n'a eu de vomissements, beaucoup ont pu regagner à pied leur chambre sans le moindre trouble, et quelques-uns seulement se sont plaints d'une céphalalgie légère pendant une partie du jour.

Voilà donc une série de cas bien faite pour montrer les avantages de l'anesthésie par le bromure seul dans les opérations courtes. Toutefois, d'accord avec les chirurgiens qui ont expérimenté le bromure à ses débuts, je crois qu'il serait fort imprudent d'être trop confiant quand il s'agit d'anesthésie un peu prolongée par le bromure seul. Comme l'a fort bien dit M. Dastre[1] : « si les analo-

[1] A. Dastre. *Les anesthésiques; physiologie et applications chirurgicales*, p. 193. Paris, 1890.

gies physiologiques ne sont pas trompeuses, l'action paralysante prédominante du bromure d'éthyle doit nous faire préjuger que, pour les opérations de longue durée, il offrira des dangers supérieurs à ceux de l'éther et du chloroforme. »

Aussi bien, me paraît-il prudent de réserver exclusivement l'anesthésie par bromure seul aux opérations vraiment très rapides et, pour ma part, bien que j'aie vu souvent mon ami, M. Malherbe, donner, sans accident, le bromure pendant dix-sept et vingt minutes, toutes les fois que la durée d'une intervention exige de nouvelles doses de bromure pour prolonger l'insensibilité primitivement obtenue, je préfère de beaucoup laisser le bromure pour le chloroforme et recourir à l'anesthésie mixte.

C'est par cette méthode que nous avons endormi les 391 malades dont il me reste à vous parler. Leur âge a varié de 5 à 85 ans. Nombre d'entre eux ont subi des opérations de une heure, de deux heures et même de trois heures. Beaucoup étaient névropathes ou même hystériques. Quatre d'entre eux avaient des lésions aortiques et mitrales inquiétantes. Quelques autres avaient des lésions pulmonaires graves. Bref, nous avons pratiqué l'anesthésie mixte dans tous ces cas, sans distinction d'âge, de sexe, de diathèse, de tempérament ou de gravité opératoire, et sans exception, je puis dire, nous avons vérifié la réalité des quatre avantages attribués au bromure, lesquels sont, comme l'a écrit M. Dastre[1] :

« 1° La rapidité de l'action ; 2° l'absence d'agitation ; 3° la production facile de l'analgésie ; 4° la sécurité en ce qui concerne la syncope primitive ou respiratoire, ou même cardiaque, la substance n'exerçant point d'effet irritant sur les muqueuses. »

Chez aucun de nos opérés la *rapidité de l'action* ne s'est démentie, et bien rarement il nous a fallu plus de trente à quarante secondes pour obtenir une narcose complète. Aussi nous a-t-il été possible de prolonger parfois l'anesthésie pendant deux ou trois heures, en employant, me semble-t-il, une quantité totale de chloroforme inférieure à celle qui eût été nécessaire pour une anesthésie semblable par chloroforme seul. Cette considération a bien sa valeur.

L'*absence d'agitation* n'a pas été constante, mais nous l'avons notée chez plus de la moitié de nos opérés. Quant à la véritable lutte qui s'engage parfois entre le patient et le chloroformisateur, nous ne l'avons guère notée que chez les névropathes, les éthyliques et les craintifs, et toujours elle s'est montrée brève et sans conséquence.

Quant à la *sécurité en ce qui concerne la syncope primitive*, elle

[1] A. Dastre, *loc. cit.*, p. 192.

a toujours été pour nous absolue. Chez aucun de nos opérés nous n'avons noté la moindre tendance syncopale, et toujours le passage de l'anesthésie par bromure à l'anesthésie par chloroforme s'est effectué sans le plus petit incident.

Les seuls phénomènes qui parfois ont un peu compliqué la période de début sont un arrêt plus ou moins prolongé de la régularité du rythme respiratoire et la congestion très vive de la face, du cou et de la poitrine. Cette congestion n'a été qu'exceptionnellement jusqu'à la cyanose, et jamais, du reste, ces troubles respiratoires ou congestifs n'ont assez duré pour nous inquiéter. Bref, nous n'avons jamais eu d'alerte sérieuse, et cela aussi bien chez ceux de nos malades qui avaient des lésions cardiaques ou pulmonaires avérées que chez tous les autres.

Tels sont les résultats que m'a donnés l'anesthésie mixte par bromure et chloroforme, dans 391 cas. Pour significatifs qu'ils puissent être, je sais fort bien qu'ils sont insuffisants pour autoriser une conclusion ferme, et que demain, peut-être, l'anesthésie mixte par bromure et chloroforme devra compter ses échecs, aussi bien que d'autres méthodes d'anesthésie possédant cependant la confiance générale ; mais les statistiques favorables comme celles que je vous présente n'en méritent pas moins l'attention. Pour ma part et jusqu'à plus ample informé, les avantages de cette anesthésie mixte ne me semblent pas contestables.

L'odeur désagréable que les patients exhalent pendant un jour ou deux et la résistance parfois très vive qu'ils opposent aux premières inspirations du bromure sont les deux seuls désavantages de la méthode. Le premier est, on le reconnaîtra, de mince importance. Le second a, sans doute, sa valeur, mais, outre qu'il est beaucoup plus rare qu'on ne le dit, il me semble qu'il doit, en tous cas, peser pour bien peu dans nos déterminations, lorsqu'on le met en présence de la rapidité d'action du bromure, rapidité constante qui, toujours, réalise du même coup l'épargne du temps et du toxique. Enfin, comme il est maintenant démontré que *le bromure d'éthyle très pur,* administré à *doses massives*, pendant *peu de temps* et par une *main expérimentée*, n'est certainement pas *plus dangereux* que l'éther ou le chloroforme, comme il est même probable qu'il est *moins dangereux*, je ne crois pas qu'il y ait de doute possible sur la réalité de ses avantages ou tout au moins sur la nécessité de les vérifier par une expérimentation plus prolongée.

Discussion.

M. Bazy. En prenant le service de Bicêtre, j'y ai trouvé installée l'anesthésie par le bromure d'éthyle ; M. Brun l'y avait introduite.

J'ai continué à l'employer et j'ai eu à m'en louer. Je dois pourtant dire qu'avec cet anesthésique, j'ai observé une fois, chez une femme qui avait subi la dilatation de l'anus, des vomissements tout aussi répétés qu'avec le chloroforme. Une autre fois, chez un vieux tousseur, la suffocation a été telle que j'ai cru devoir interrompre son administration. Je ne sais pas, n'ayant pas l'expérience de M. Segond, si, en pareil cas, on peut passer outre.

M. Monod. J'ai employé le bromure d'éthyle dans les mêmes conditions que M. Bazy, parce que j'ai eu un interne, M. Frey, qui avait l'habitude de le donner. Je m'en suis bien trouvé, ayant observé en somme les mêmes résultats que M. Segond. Mais, je demanderai à mon collègue s'il continue à en faire usage. M. Bazy et moi, M. Segond lui-même, nous l'avons employé parce que nous avions à notre disposition des internes ou d'autres personnes capables de le donner à nos malades. La chose demande quelque apprentissage. Dans les premiers moments, l'absorption du bromure d'éthyle donne lieu à une angoisse telle que, si l'on n'est pas prévenu, on n'ose pas continuer. Pour ma part, même à présent, si j'avais à être anesthésié, je préférerais de beaucoup user du chloroforme seul.

M. Berger. Je ne reviendrai pas sur les expériences que j'avais faites autrefois, dans le service de M. Gosselin, et que j'ai communiquées ici. Elles portaient sur une quinzaine de malades. J'ai indiqué le caractère très insupportable du début de l'anesthésie par le bromure d'éthyle. Cet inconvénient à lui seul nous en avait fait rejeter l'emploi, sans compter que si on prolonge un peu son administration, on observe, comme je le disais alors, d'abondants vomissements. Je ne suis certes pas ennemi de toute nouveauté ; mais je pense qu'en fait d'anesthique, il faut agir avec une extrême prudence. Tout ce qui peut compliquer leur emploi devient un inconvénient et un danger. Or, il me semble que les règles de l'anesthésie par chloroforme sont beaucoup plus simples que celles de l'anesthésie par le bromure d'éthyle. Il est certain pour moi que le chloroforme pur et bien donné ne provoque jamais d'accidents.

M. Quénu. Je ne suis pas complètement de l'avis de M. Berger. On ne peut pas accuser l'impureté du chloroforme lorsque l'accident se produit dès les premières inspirations, alors qu'on a donné à peine quelques gouttes du produit. Dans un cas de mort dont j'ai été témoin, la pureté du chloroforme fut vérifiée par M. Villejean. Dans un autre, que j'ai observé avec MM. Terrier et Baudoin, quelques gouttes seulement avaient été données. Il faut, pour la production de ces accidents, faire entrer en ligne de compte l'effroi

qu'éprouvent certains opérés : ils semblent vraiment mourir de peur. Aussi est-il tout à fait utile de pratiquer l'anesthésie dans un local spécial, hors de la salle d'opération, pour soustraire aux malades la vue des préparatifs faits à leur intention. C'est dans ces conditions que l'anesthésie est pratiquée au pavillon Pasteur de l'hôpital Cochin, et j'ai fort à me louer de cette disposition.

M. Delorme. A la suite d'accidents divers, tels que vomissements, longue agitation, etc., que j'avais observés, je priai mon collègue, M. Burcker, de vouloir bien examiner le chloroforme dont je me servais. J'étais disposé à attribuer tous ces phénomènes à son impureté. Or, l'examen montra qu'il était parfaitement pur. Je pense donc que les accidents chloroformiques sont au moins autant dus à la façon dont il est administré qu'à son impureté.

M. Championnière. J'ai donné du bromure d'éthyle à beaucoup de malades, même à des femmes en couches. Je lui trouve une certaine analogie avec l'éther.

Récemment je l'ai employé concurremment avec le chloroforme, selon la formule de M. Poitou-Duplessis. Je dois dire que je n'ai pas vu d'accidents, mais la durée de la chloroformisation m'a paru presque aussi longue que si j'avais employé le chloroforme seul, et il y a eu à peu près autant de chloroforme consommé. Je voudrais que M. Segond précisât les points suivants : A-t-il employé un bromure spécial ou bien celui que fournit l'Administration ? Quel mode d'emploi adopte-t-il ? Les doses massives au début ou, comme le conseille M. Poitou-Duplessis, des doses minimes ?

Je penserais sortir de la question en revenant sur ce qui a été dit tout à l'heure à propos des accidents causés par le chloroforme seul. Je ne puis m'empêcher de répéter combien pour moi la question du chloroformisateur est plus importante que celle du chloroforme. Personne ne donne le chloroforme de la même manière. Aussi est-ce un motif de sécurité très sérieux que d'avoir toujours pour l'anesthésie le même aide. Il n'est pas même nécessaire que ce soit un médecin. Sedillot employait son fabricant d'instruments, d'autres chirurgiens ont eu des religieuses.

M. Verneuil. Je rappellerai qu'en 1891, l'Académie de médecine a discuté l'association des agents anesthésiques ; on a cité de nombreux faits et démontré clairement le danger de ces associations : chloroforme avec atropine, morphine, chloral, etc.

M. Segond. Ma communication était des plus modestes, et ne visait en aucune façon des faits d'ordre général. Il n'est pas entré dans ma pensée de comparer le procédé d'anesthésie dont j'ai parlé aux autres associations, ni de mettre en question la nocibilité du

chloroforme. J'ai voulu vous apporter 443 cas d'anesthésie par le chloroforme et le bromure d'éthyle combinés, et pas autre chose.

Je ne puis pas assurer à M. Bazy que le bromure ne donnera jamais de vomissements; j'ai cru voir qu'il en donnait au moins fort peu. Quant à la bronchite, elle ne m'a jamais paru contre-indiquer son emploi. J'ai, ces jours-ci, anesthésié une vieille dame qui toussait horriblement; après l'opération, elle semblait très soulagée de sa bronchite; mais je ne prétends pas que le bromure d'éthyle soit, pour ce genre d'affection, un médicament à recommander.

En réponse à MM. Monod et Championnière, je dirai ceci : Oui, le bromure d'éthyle est désagréable. Tout d'abord, il a une mauvaise odeur et, pendant quarante-huit heures, les malades l'exhalent ; mais c'est un inconvénient bien minime. Oui, encore, il y a, au début de son administration, un sentiment pénible, une angoisse qui provoque un moment de lutte chez le malade. Mais, si la personne qui l'administre est exercée, on évite en grande partie ce pénible moment. Il y a intérêt à ne pas sidérer du premier coup le patient; on commence à lui faire sentir le bromure pour l'habituer. Une petite tache sur la compresse suffit; puis, au bout de quatre à cinq secondes, on administre la dose massive dont j'ai parlé. Par ce procédé, en vingt-cinq secondes, des femmes très nerveuses sont plongées dans le sommeil anesthésique. Il est vrai que j'ai eu, pour faire mon éducation, des personnes très exercées. Sans M. Malherbe, je n'aurais probablement pas essayé. Aujourd'hui, je pense être arrivé à donner assez bien moi-même le bromure d'éthyle. J'y trouve, je le répète, ce double avantage : rapidité extrême, et, pour les grandes opérations, obligation de n'employer qu'une quantité de chloroforme beaucoup moindre.

Le bromure que j'emploie vient de chez un pharmacien de la ville. Je ne lui ai fait subir naturellement aucune préparation spéciale. J'ai seulement averti mon fournisseur de l'usage que j'en voulais faire et l'ai prié, en conséquence, de me le donner aussi pur que possible.

A propos du procès-verbal.

A propos de la discussion sur l'emploi comparé de l'entérectomie et de l'anus contre nature dans les hernies gangrenées.

M. Verneuil. Je constate avec satisfaction que la majorité de mes collègues, ici, n'est pas d'accord avec M. Chaput sur la valeur comparée de l'anus contre nature et de la résection intestinale, dans le

traitement des hernies gangrenées. Je pense, en effet, que la résection intestinale est une opération des plus difficiles, qui demande un opérateur très exercé. L'exécution de l'anus contre nature est, au contraire, des plus faciles. Elle s'impose d'ailleurs, lorsque l'état général contre-indique une opération longue et pénible, ce qui est souvent le cas des hernies gangrenées.

Je suis étonné de ce qu'a dit M. Chaput sur la gravité relative des deux opérations, étonné mais pas convaincu. D'après lui, l'anus contre nature donnerait 80 0/0 de mortalité et la résection suivie d'entérorraphie 40 à 50 0/0 à peine. Je suis convaincu qu'il y a là une erreur matérielle et j'espère que je pourrai le prouver par des chiffres tirés de ma pratique. Enfin, M. Chaput semble penser qu'il est impossible d'améliorer les résultats de l'anus contre nature, alors qu'il fonde un espoir presque illimité sur les perfectionnements futurs de l'intervention qu'il préconise. Je crois, au contraire, que la technique de l'anus contre nature est susceptible de nombreux perfectionnements ; je pense qu'on le fait souvent mal, en manipulant l'intestin d'une façon fâcheuse, et, qu'en s'y prenant mieux, on obtiendra des résultats bien meilleurs.

Lecture.

Sur un cas d'appendicite infectieuse compliquée de péritonite et traitée avec succès par la résection, par M. Rigal, médecin à l'hôpital Saint-Martin.

Présentation de malades.

1° *Ostéome des cavaliers*, par M. Rigal.

2° *Malade probablement atteint d'un rein flottant*, par M. Daricarère.

Renvoi à une commission (M. Delorme, rapporteur).

Présentation de pièces.

Déciduome malin, par M. Hartmann.

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,
Peyrot.

Séance du 9 mai 1894.

Présidence de M. J.-L. Championnière.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Lettre de M. Delens, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;

3° *Résultats immédiats et tardifs de la suture scléroticale,* par M. Fage (d'Amiens), (M. Delens, rapporteur) ;

4° *Traité d'anatomie humaine*, par M. Poirier, tome III, 1er fascicule ;

5° *The John Hopkins hospital reports.* Report on gynecology. Baltimore, 1894.

A propos du procès-verbal.

Sur l'anesthésie combinée par le bromure d'éthyle et le chloroforme,

Par M. Terrier.

Depuis, les travaux de mes élèves et amis, MM. H. Hartmann, et H. Bourbon, sur le bromure d'éthyle, j'ai continué à l'employer dans mon service de l'hôpital Bichat, soit seul pour les anesthésies de courte durée, soit combiné à l'usage du chloroforme (anesthésie mixte) quand l'anesthésie doit être longue.

Le bromure d'éthyle seul a été employé surtout, à la consultation externe dirigée par mon ancien élève et assistant le Dr Maurice Péraire.

Dans le service, la plupart des anesthésies au bromure d'éthyle seul ou combiné avec l'usage ultérieur du chloroforme, ont été faites par mon ancien élève, le Dr Bourbon, qui veut bien se char-

ger, sinon de toutes les anesthésies, au moins de la plupart d'entre elles; du reste, je reviendrai sur ce point à la fin de cette courte communication.

Depuis la statistique publiée par MM. Hartmann et Bourbon, on a fait dans le service :

Avec le bromure d'éthyle seul, 57 anesthésies;

Avec le bromure d'éthyle suivi de l'administration du chloroforme, 95 anesthésies.

Toutes ces anesthésies n'ont donné lieu à aucun accident, ni même à un incident quelconque.

Le nombre des anesthésies faites à la consultation n'a pas été exactement relevé.

Toutes ces anesthésies, je le répète, ont été faites très facilement et sans accidents, c'est vous dire que j'ai l'intention de continuer l'emploi du bromure d'éthyle comme anesthésique, soit seul, soit associé au chloroforme.

Je désire toutefois attirer votre attention sur quelques points qui ont trait à la composition de l'anesthésique dont je vous parle.

Le bromure d'éthyle qui résulte des réactions du phosphore rouge, du brome et de l'alcool absolu, et qui nous est fourni par l'administration hospitalière, n'est pas pur et présente une odeur alliacée assez comparable à celle du phosphure d'hydrogène. Cette odeur alliacée [1] se retrouve, même après vingt-quatre heures et quarante-huit heures, chez les sujets qui ont été anesthésiés par ce produit impur, et il suffit de s'approcher d'eux pour constater que l'air qu'ils expirent présente cette odeur caractéristique.

Or, ce produit peut être rectifié, et mon interne en pharmacie, M. Latham, m'a purifié du bromure d'éthyle hospitalier que je vous soumets et qui ne présente pas cette odeur alliacée assez désagréable et peut-être nuisible.

Cette rectification se fait à l'aide de l'acide sulfurique qu'on laisse plusieurs jours en contact avec le bromure d'éthyle et qu'on renouvelle plusieurs fois. On lave ensuite avec de l'eau alcalinisée avec la potasse, puis à l'eau pure, enfin on sèche sur le chlorure de calcium et on rectifie en séparant le premier et le dernier dixième.

Le produit ainsi obtenu ne présente plus cette odeur alliacée désagréable qu'on a indiquée assez souvent comme odeur propre du bromure d'éthyle, ce qui n'est pas exact, comme vous pouvez le constater sur l'échanttllon que je vous soumets.

Enfin, Messieurs, il existe dans le commerce un bromure d'éthyle d'odeur presque agréable et qui résulte de l'action de l'acide sulfurique officinal sur le bromure de potassium et l'alcool à 95°.

[1] Mercaptan (?), dérivés arséniés et iodés de l'éthylène (?).

C'est, je crois, ce bromure qui a été utilisé par notre collègue, M. le Dr Segond.

Or, d'après les recherches qui ont été faites, toujours par mon interne en pharmacie, M. Latham, ce bromure d'éthyle, préparé selon la formule du codex, renfermerait une notable proportion d'éther, proportion qu'on peut évaluer à un tiers. Dans un échantillon du commerce, étiqueté *pur pour anesthésie* et à odeur très suave, la proportion de brome correspondait seulement à 81,7 0/0 de bromure d'éthyle. Les impuretés étaient surtout dues à de l'alcool et de l'éther ordinaire et, au lieu de 1,473, la densité était de 1,2914.

Il m'est impossible de rien préjuger sur la valeur anesthésique de ces deux types de bromure d'éthyle, tous paraissent assez bons, puisque les résultats obtenus sont bons « en bloc » comme on dit. Toutefois, pour mon compte personnel, je préfère me servir du bromure d'éthyle rectifié par la méthode que je vous ai indiquée d'ailleurs très sommairement.

En tous cas, je crois qu'il est utile pour le chirurgien de connaître les quelques détails chimiques que je viens d'exposer.

Dans la discussion de la précédente séance, la question du danger des anesthésiques a été effleurée, et à cet égard je tiens à vous formuler ma manière de voir et de faire au point de vue pratique.

Comme mon ami, M. Quénu, je crois que toute personne qu'on endort doit être anesthésiée dans une chambre spéciale, loin du bruit et avec la plus petite quantité d'assistants possible.

L'utilité des *chambres d'anesthésie* est indiscutable à tous les points de vue, et j'en ai constaté à peu près partout dans les services étrangers que j'ai visités. Par leur emploi, on évite de violentes émotions aux malades et on se met en garde contre ces arrêts brusques de la respiration ou du cœur qui peuvent foudroyer en quelque sorte le patient.

Un autre point est celui-ci : Il est absolument utile, et je dirai nécessaire, dans un service de chirurgie, d'avoir un anesthésiste, c'est-à-dire un aide ne s'occupant que de l'anesthésie des opérés et se désintéressant, ou à peu près, de l'opération pour laquelle il endort.

L'attention du chirurgien doit se concentrer absolument sur l'opération qu'il pratique, et en fait, il ne peut s'occuper à la fois de son intervention et de l'anesthésie. Il lui faut donc un aide sûr et en qui il ait une absolue confiance.

De plus, cet anesthésiste peut et doit enseigner aux élèves la *manière d'administrer* les anesthésiques, question très importante et qu'on ne saurait trop étudier.

Depuis longtemps, à Bichat, grâce au bon vouloir de mes anciens

élèves les Drs Péraire et H. Bourbon, j'ai pu faire faire la plupart des anesthésies par un aide spécial qui en même temps enseignait aux élèves et externes stagiaires les règles de l'anesthésie, et je n'ai qu'à me *louer de cette façon de procéder qui est d'ailleurs celle qu'on emploie un peu partout à l'étranger*.

Discussion.

M. Bazy. J'ai pratiqué ce matin même l'anesthésie mixte chez une fillette de onze ans. Elle a eu des vomissements très abondants quoiqu'elle n'eût absorbé qu'une quantité minime de chloroforme. Le bromure est évidemment ici le seul coupable. Peut-être était-il tout à fait impur et semblable à ceux dont a parlé M. Terrier. Il m'avait été fourni par l'administration.

M. Terrier. La nature de l'anesthésique et sa pureté ont sans doute une certaine importance ; mais dans la question des vomissements il faut tenir compte d'un autre facteur très important, la prédisposition des malades. A mes malades de la ville je demande toujours s'ils ont fait quelque traversée. On peut prédire à ceux qui ont eu le mal de mer que le chloroforme les fera vomir. C'est un fait que j'ai souvent vérifié.

M. Verneuil. J'ai écrit il y a seize ans un mémoire sur les vomissements attribués au chloroforme [1] et j'ai montré que la production de cet accident était surtout une affaire de terrain. J'y ai donné, après de nombreuses observations des conclusions que je maintiens encore et dont je vais vous rappeler les principales ; il y en avait six. La première établissait l'existence des vomissements.

Conclusion 2. — Les vomissements opiniâtres ont été attribués à tort au chloroforme qui paraît agir tout au plus comme cause provocatrice.

Conclusion 3. — Ils reconnaissent comme causes véritables divers états pathologiques antérieurs : dyspepsie, lésions abdominales, hépatiques, rénales, etc., créant par eux-mêmes une prédisposition aux vomissements que le traumatisme réveille.

Conclusion 4. — Ces vomissements peuvent assez souvent être prévus à l'avance et quand ils surviennent inattendus, ils doivent faire soupçonner des lésions viscérales méconnues ou latentes.

[1] Des vomissements opiniâtres après les opérations chirurgicales (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1878, p. 550).

Je passe les conclusions 5 et 6 qui se rapportent au pronostic et au traitement de ces accidents.

M. Quènu. J'ai vérifié la remarque de M. Terrier et moi aussi j'ai l'habitude de demander aux malades que je vais anesthésier, s'ils ont eu le mal dè mer.

Il ne faudrait pourtant pas dire que tous les malades qui vomissent habituellement ou facilement, vomiront après le chloroforme. Une opérée de fibrome utérin qui vomissait constamment avant l'intervention n'a plus vomi après ; chez un malade atteint de cancer de l'estomac et qui subit la gastro-entérectomie, les vomissements très abondants jusqu'au moment de l'opération, ne se montrèrent plus après. Il est facile de comprendre pourquoi.

M. Segond. Je ne puis pas affirmer que les malades anesthésiés avec le bromure ne vomissent point. J'ai observé seulement ceci que le bromure seul n'a point jusqu'ici fait vomir les miens tandis que plusieurs ont eu des vomissements par l'anesthésie mixte.

En ce qui touche la prédisposition décélée par le mal de mer, je suis obligé d'apporter au moins un fait qui va à l'encontre de ce que vous disait M. Terrier. Un de mes malades qui prend le mal de mer en se promenant sur les jetées n'a éprouvé aucun vomissement après une anesthésie de plus de vingt-cinq minutes par le chloroforme.

M. Monod. Il faut distinguer sur ce point les enfants des adultes. Les premiers vomissent pour la moindre cause. A l'appui des réserves faites par M. Segond, je rapporterai le fait d'un enfant que j'ai dû opérer plusieurs fois, non sans provoquer à chaque anesthésie des vomissements prolongés. Il fut, dans un but thérapeutique conduit à Cannes et installé là pendant plusieurs semaines, des journées entières sur une barque mouillée dans le golfe. Cet enfant n'a jamais eu le mal de mer.

M. Terrier. Au point de vue du mal de mer aussi les enfants ont une résistance spéciale. D'ailleurs, le séjour sur une barque, près du rivage, n'équivaut pas à une traversée.

M. Championnière. Je n'ai pas besoin d'insister sur l'intérêt que présente la communication de M. Terrier. Nous devons tous tenir compte des indications qu'elle contient.

A propos des vomissements causés par le chloroforme, un fait me revient à l'esprit. J'ai, à la suite d'une erreur de diagnostic, pratiqué la laparotomie chez une femme atteinte de vomissements incessants, qui était simplement enceinte. J'ai naturellement refermé le ventre. L'opérée n'a plus vomi et elle est accouchée sans incident en temps voulu.

Rapport.

Sur un cas de dilatation de la veine jugulaire interne droite, par M. Mignon.

Rapport par M. Delorme.

M. Mignon, professeur agrégé du Val-de-Grâce, vous a lu récemment, en vous montrant le malade qui en faisait l'objet, une observation curieuse de dilatation de la veine jugulaire interne. Cette observation m'a semblé mériter d'être résumée et commentée.

Le soldat G... (Alfred), qui présente cette affection, est un homme vigoureux, ex-boulanger, attaché, depuis une année, à une section d'ouvriers où on l'emploie au transport de sacs de grains pesant 60 à 70 kilos. C'est dire qu'il est obligé de faire de continuels et puissants efforts.

Il y a quelques mois, il éprouva quelques douleurs légères au niveau du creux sus-claviculaire droit. S'étant, par hasard, regardé dans une glace, il a constaté que cette région gonflait pendant l'effort ou la toux.

Lorsque cet homme est au repos et respire librement, son cou ne présente rien d'anormal; mais fait-il un effort, immédiatement se dessine à la partie la plus interne du creux sus-claviculaire droit, au niveau et au-dessus des attaches du sterno-mastoïdien du même côté, une tuméfaction de la grosseur d'un petit œuf de poule, piriforme, à base claviculaire, et dont le sommet atteint approximativement le niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde.

Régulière de forme, lisse à sa surface, recouverte d'une peau saine, molle, fluctuante, dépressible, réductible en totalité et très facilement, par la pression, mate, elle ne laisse percevoir ni battement, ni souffle, ni murmure vésiculaire. En dehors de l'essoufflement léger, de la fatigue rapide et de quelques maux de tête que le malade éprouve seulement après des efforts répétés, elle ne détermine ni douleurs notables ni gêne.

Le cœur et le poumon de ce malade sont sains; il ne présente ni varices ni varicocèle, mais, quelques mois avant l'apparition de la tuméfaction cervicale, j'ai dû lui enlever, par la méthode de Whitehead, un bourrelet hémorroïdal, circulaire, volumineux, donnant lieu à des hémorragies. Sa guérison, soit dit en passant, a été rapide et complète. Pas d'autres tares acquises ou héréditaires.

M. Mignon a d'autant plus raison de discuter, comme il l'a fait dans son mémoire, les diagnostics probables ou possibles, que le cas qu'il vous signale est très rare et qu'il y a lieu de ne pas laisser subsister le moindre doute sur la sûreté de son diagnostic.

Il rejette l'hypothèse d'un abcès froid à cause de l'intégrité de la colonne vertébrale, des ganglions cervicaux et de la réductibilité

de la tumeur. Cette dernière considération lui fait écarter également l'idée d'un kyste. La pneumocèle spontanée du cou, ainsi qu'en témoigne l'observation classique de Morel-Lavallée, peut présenter les mêmes caractères de forme, de dimensions, presque de siège, d'apparition pendant l'effort, de disparition lorsque la respiration redevient normale, de dépressibilité et de réductibilité. Si le murmure vésiculaire ne s'entend pas forcément au moment où on en provoque l'apparition et si sa réduction ne s'accompagne pas d'une sensation crépitante, la pneumocèle est, en tout cas, sonore à la percussion. Or, ici la tumeur est mate.

M. Mignon s'est arrêté au diagnostic de dilatation de l'extrémité inférieure de la jugulaire interne et, après avoir examiné ce malade tout à loisir dans mon service, je ne puis que partager pleinement son avis.

La tuméfaction siège manifestement sur le trajet de la veine jugulaire interne, et, si elle empiète sur le creux sus-claviculaire, c'est que le sterno-mastoïdien la comprime et ne lui laisse de voie d'extension qu'entre son bord postérieur et le trapèze. La sensation de fluctuation qu'elle laisse, sa réductibilité, sa matité, son apparition brusque pendant l'effort et son développement presque aussi rapide, en tous cas, aussi complet, lorsqu'on demande au malade de se placer la tête en bas en lui faisant faire de grandes inspirations pour que l'effort ne pût jouer aucun rôle dans son mécanisme de production, son apparition lorsqu'on comprime la jugulaire droite immédiatement au-dessus de la clavicule, sont des signes qui ne peuvent s'observer, en effet, qu'avec une dilatation anormale et localisée du trajet de la jugulaire.

De semblables faits sont exceptionnels, comme je l'ai rappelé déjà. Ni M. Mignon, ni moi n'avons trouvé d'observations analogues.

Morel-Lavallée, après lui Desfosses, dans sa thèse, quelques autres auteurs encore font allusion à ces dilatations de la jugulaire interne, sans s'y arrêter. Il est possible qu'on ait négligé d'en recueillir des cas; il serait dès lors intéressant de les rechercher surtout chez des hommes que leur profession expose à des efforts continus ou violents. Quelque temps après avoir examiné le malade de M. Mignon, je voyais, en présence de M. le médecin principal Labrevoit, un capitaine de gendarmerie qui, au moindre effort, présente dans les deux régions sus-claviculaires et derrière les sterno-mastoïdiens, dans leur moitié inférieure, sur le trajet des jugulaires internes, deux tuméfactions piriformes, de la grosseur d'un œuf de pigeon, fluctuantes, mates, réductibles, non pulsatiles, disparaissant dès que cesse l'effort qui en a provoqué le développement.

M. Mignon s'est demandé quel est le mécanisme de cette dilatation? La paroi de la veine, partiellement affaiblie, se laisse dis-

tendre par le sang qui y afflue de son bout périphérique quand, sous l'influence de l'effort, la veine cave inférieure est comprimée. Quand le malade se place la tête en bas, c'est encore le sang qui afflue du bout périphérique qui distend le vaisseau. Faut-il aussi supposer que, par le fait de la dilatation de la jugulaire, ses deux valvules deviennent relativement insuffisantes et que le sang de la veine cave et du tronc veineux brachio-céphalique droit y est refoulé pendant l'effort ou y tombe lorsque le malade place sa tête en bas. Cette dernière supposition, faite par M. Mignon, est également soutenable, quoiqu'on puisse peut-être lui opposer, je suis obligé de le faire remarquer, que pendant les efforts modérés ou les grandes expirations, alors que le sang de la veine cave pourrait être si aisément chassé dans le canal de la jugulaire aux valvules insuffisantes, on ne constate pas *un faux pouls veineux*. Quoi qu'il en soit, la diminution partielle de résistance de la paroi veineuse semble jouer ici le rôle principal.

M. Mignon considère comme très grave le pronostic de cette dilatation. Pour lui, celle-ci ne peut qu'augmenter et la rupture de la poche semble à peu près fatale, à plus ou moins brève échéance, à moins que le malade ne s'abstienne de tout effort. C'est l'impression qu'on éprouve lorsqu'on constate l'expansion considérable que subit la veine et qu'on songe au peu de temps écoulé depuis qu'on s'en est aperçu. Cependant, sur le capitaine de gendarmerie dont je parlais tout à l'heure, l'affection remonte à des années et la dilatation de l'extrémité inférieure des deux jugulaires est presque aussi accusée qu'elle l'est sur la jugulaire droite du malade observé par M. Mignon. De nouveaux faits peuvent donc seuls nous fixer sur ce point.

En fait de traitement, M. Mignon s'arrête à l'emploi d'une pelote compressive et à l'abstention d'efforts, dans toute la limite du possible. Serait-il, dans le cas où la dilatation augmenterait malgré l'emploi de ces moyens, permis de songer à renforcer, par la méthode sclérogène la consistance de l'atmosphère celluleuse périvasculaire et, si la tumeur menaçait de se rompre ou se rompait, pourrait-on recourir à la ligature latérale dont M. Ricard vous a signalé dernièrement un remarquable succès ?

Je vous demanderai de publier dans vos *Bulletins* le résumé que je viens de faire de l'observation de M. Mignon avec les courtes remarques que j'y ai jointes, de déposer son travail dans vos Archives, de lui adresser des remerciements pour son intéressante communication et de l'inscrire sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

Communication.

Sur la récidive de certaines tumeurs réputées bénignes,

Par M. Paul Berger.

Il est d'observation assez commune que des tumeurs réputées bénignes récidivent, même lorsqu'elles ont été enlevées d'une manière très complète. Cette récidive peut se faire sur place, elle se fait parfois à distance et elle affecte même dans certains cas les caractères d'une généralisation, faisant ainsi participer les tumeurs en question à l'un des attributs les plus essentiels de la malignité.

Quelle est, dans les faits de ce genre, la forme anatomique sous laquelle se fait la récidive ? Quelle est la nature des tumeurs qui se reproduisent au bout d'un temps plus ou moins long ? Les produits de la repullulation conservent-ils les caractères de la tumeur primitive ou bien une tumeur bénigne peut elle donner lieu à des récidives ayant la structure des néoplasies de mauvaise nature ?

En mettant même de côté les tumeurs complexes telles que les les adénomes et les kystes qui les compliquent, certains papillomes, tumeurs dont le mélange avec d'autres néoplasies, avec l'épithelioma, parfois avec le sarcome constituent des formes mixtes assez communes pour qu'il faille être toujours très réservé sur leur véritable nature et plus encore sur leur pronostic, en n'envisageant que les tumeurs les plus simples, pour lesquelles la réponse à ces questions ne semble pas présenter de grandes difficultés on est forcé de reconnaître que la solution est moins aisée à trouver qu'elle ne le paraissait au premier abord.

Au moment où l'on soumet à l'examen anatomique la tumeur récidivée, on n'a le plus souvent pour s'éclairer sur la nature de la tumeur primitive que de simples souvenirs, ou le résultat d'un examen pratiqué par un autre observateur, plusieurs années auparavant; examen qui peut avoir été fait avec une idée préconçue ou sous l'influence d'une préoccupation qui en ont dénaturé les résultats. Le seul fait que les deux tumeurs aient été soumises à l'examen histologique d'hommes différents ôte beaucoup de leur rigueur aux déductions que l'on serait porté à tirer de leur étude histologique. Aussi faut-il considérer comme une véritable bonne fortune à ce point de vue les cas dans lesquels tumeurs primitives, tumeurs secondaires, tumeurs récidivées au bout d'un nombre considérable d'années, ont toutes été l'objet d'un examen approfondi fait au même moment par le même anatomiste. Telle est la raison qui donne son intérêt à l'observation que je vais vous communiquer et dans laquelle la tumeur primitive et les tumeurs

secondaires enlevées trois et sept ans et demi après la première, ont été portées en même temps et examinées comparativement au laboratoire de M. le professeur Cornil.

Observations. — *Fibrome périostique de l'index gauche, opéré plus de dix ans aprés son apparition, récidivé dans le métacarpien correspondant puis au poignet, et traité par l'amputation de l'avant-bras pratiquée sept ans et demi après l'amputation de l'index, quatre ans et demi après l'ablation du métacarpien. Examen des tumeurs par M. le professeur Cornil : les premières sont constituées par du fibrome, la dernière par du sarcome fasciculé.*

Il y a trois mois environ, M. Dieulafoy m'adressait un officier de la République argentine, âgé de 24 ans environ. Ce jeune homme, il y a plus de dix-huit ans, avait noté l'apparition à la face palmaire de l'index gauche d'une tumeur qui s'était développée très lentement; elle adhérait à la face antérieure de la première phalange et ne déterminait aucune sorte de douleur; il y a sept ans et demi, elle avait acquis le volume d'une noix et la gêne qu'elle causait était assez notable pour que le malade se résolut à s'en faire débarrasser. ce qui fut fait par la désarticulation du doigt malade.

Plus d'un an après cette opération on remarqua que vers la face palmaire du métacarpien correspondant (2e métacarpien gauche), apparaissait une tuméfaction dure et circonscrite, présentant à peu près les mêmes caractères que la tumeur primitive : cette tumeur adhérait à l'os; elle s'accrut lentement et trois ans environ après la première opération, le malade, qu'elle inquiétait, s'en fit débarrasser en faisant pratiquer l'extirpation complète de l'os en question.

Un an ou un an et demi après, dans l'espace compris entre le premier et le troisième métacarpien et laissé vacant par l'ablation du deuxième métacarpien et du doigt correspondant, une deuxième récidive se montrait; celle-ci commença par marcher lentement, mais depuis un an elle fit des progrès notables, envahit le poignet et détermina des douleurs; ce fut alors que le malade vint en France en apportant avec lui les deux tumeurs qui lui avaient été enlevées et qui, depuis la première opération avaient été précieusement conservées dans l'alcool.

Au niveau de l'espace qui s'étend entre le premier et le deuxième métacarpien, on observe une tumeur, presque grosse comme un œuf. sans limites bien précises, qui soulève les téguments et les muscles de l'éminence thénar et qui s'étend jusqu'aux environs de l'articulation radio-carpienne, en recouvrant la face dorsale du carpe. Cette tumeur adhère à la cicatrice des premières opérations, elle adhère aussi au troisième métacarpien ainsi qu'aux os du carpe ; elle est très sensible à la palpation et elle gêne les mouvements du poignet, de telle sorte que le malade est presque privé de l'usage de sa main. La consistance du tissu pathologique est la même partout, dure et même très dure Il n'y a d'engorgement ni des ganglions sus-épitrochléens, ni des ganglions axillaires.

Examens des tumeurs enlevées antérieurement. — L'index amputé porte une tumeur globuleuse, du volume d'une noix, très dure, égale de consistance, ne présentant ni lobulation ni saillie. Cette tumeur adhère largement à la face palmaire de la première phalange, elle est indépendante des parties molles qu'elle distend et qu'elle refoule sans leur adhérer; à la loupe elle présente un tissu homogène, dense qui ne ne peut être que du fibrome ou du fibro-chondrome.

Le deuxième métacarpien enlevé il y a quatre ans, offre à sa face palmaire une petite intumescence du volume d'une petite cerise, qui adhère à l'os et même englobe environ les deux tiers antérieurs de sa circonférence. Cette tumeur possède absolument les mêmes caractères que celle de l'index.

Tout en réservant mon opinion sur la nature de la tumeur actuelle, l'examen des deux tumeurs antérieurement enlevées, me permet de croire à une deuxième récidive d'une tumeur bénigne. Mais la marche plus rapide de cette récidive, les douleurs que détermine la pression sur la tumeur me laissant quelques doutes, je conseille l'amputation de l'avant-bras au tiers inférieur, afin d'enlever complètement, non seulement la région qui est le siège du mal, mais les gaines synoviales du poignet qui auraient pu servir de moyen de propagation à l'extension du mal, et dans la cavité desquelles la migration des éléments constitutifs de la tumeur aurait trouvé une voie toute tracée. Je pratiquai donc l'amputation de l'avant-bras dans sa continuité vers le tiers inférieure de ce segment de membre. Quinze jours plus tard l'opéré repartait guéri pour l'Amérique du Sud où il était appelé précipitamment par ses affaires.

Le membre amputé ainsi que les tumeurs de l'index et du métacarpien furent portés au laboratoire de M. Cornil où ces pièces furent soumises à des coupes multipliées qui furent de la part de M. Cornil, de ses aides et de nous-même l'objet d'un examen aprofondi.

Examen des tumeurs. — Les deux premières tumeurs, celle de l'index et celle du métacarpien sont manifestement constituées par du fibrome, elles ne présentent comme éléments que des faisceaux de tissu conjonctif adulte, faisceaux très serrés; en aucun point de ces tumeurs il n'existe d'autre tissu que celui qui caractérise les fibromes.

La tumeur que j'ai enlevée par l'amputation de l'avant-bras, possède au contraire, tous les caractères d'un sarcome fasciculé. Entre les faisceaux de tissu conjonctif assez serrés qui la composent, on trouve à chaque intant, des nids de cellules fusiformes accumulées en plus ou moins grand nombre. Cette tumeur est très vasculaire; les parois de ses vaisseaux ne sont constituées que par une seule couche d'endothélium vasculaire. La tumeur présente dans toutes ses parties la même structure.

Il s'agit donc bien dans ce cas d'un fibrome périostique, récidivé une première fois sous la même forme, et suivi à plusieurs années de distance d'une deuxième récidive constituée par du sarcome fasciculé.

Les conclusions qui peuvent se tirer de ce fait sont les suivantes :

Certaines tumeurs bénignes peuvent récidiver au bout d'un temps plus au moins long même lorsqu'on en a pratiqué l'ablation d'une façon très complète.

Les récidives présentent tantôt les mêmes caractères de structure que la tumeur primitive, tantôt des caractères différents : une tumeur que sa constitution histologique doit faire considérer comme un fibrome, c'est-à-dire comme une tumeur bénigne, peut récidiver sous forme de sarcome, c'est-à-dire comme une tumeur maligne.

On ne saurait donc être trop réservé sur le pronostic des tumeurs que leurs caractères cliniques, la lenteur de leur développement et même les résultats de l'examen anatomique classent dans la catégorie des tumeurs bénignes, particulièrement des fibromes, et quand après avoir été enlevées d'une manière complète, elles donnent lieu à une récidive ou à des récidives successives, celles-ci doivent être considérées et traitées comme des récidives de sarcome.

Discussion.

M. Verneuil. — La thèse si intéressante de M. Ricard contient avec des observations analogues à celle-ci une tentative d'explication applicable au moins à certains faits. J'ai depuis longtemps désigné sous le nom de tumeurs polykystiques des néoplasmes dans lesquels peuvent se rencontrer des tissus tout à fait différents les uns des autres. Ainsi une grosse tumeur bénigne du sein contiendra dans un coin une petite masse légèrement adhérente à la peau, véritable production maligne qu'il serait bien facile de méconnaître dans un examen un peu rapide. Il peut arriver qu'en pratiquant l'ablation d'une tumeur d'apparence bénigne on laisse des éléments malins. Que la tumeur vienne à récidiver on croira qu'elle s'est transformée.

Il est certain cependant que chez certains malades atteints, au cours de leur existence de tumeurs multiples et successives, on observe, avec les années, une véritable gradation dans le sens de la malignité. Ainsi une femme a pu présenter successivement : un polype de l'utérus, plus tard un adénome de la face, et pour finir une tumeur du sein. Chez une autre femme j'ai observé à quarante ans un épithélioma mammaire, à cinquante ans un squirha pur.

En regard des faits de ce genre il faut placer des tumeurs qui persistent au contraire indéfiniment avec leur caractère initial. Avec M. Brun j'ai opéré il y a huit ans, un notaire d'une tumeur fibroplastique deux fois récidivée sans modification de son tissu. Une première opération avait été faite en 1860 par Demarquay. J'avais opéré une première récidive en 1869 avec M. Dubrisay.

Dans mon dossier sur les *Trèves du cancer* j'ai l'observation suivante : Une tumeur m'est envoyée de Constantinople avec prière d'en faire l'examen. Nepveu l'étudie et rédige une note concluant à ce qu'il s'agit d'un épithélioma mammaire pur. J'entre en relations avec le médecin qui m'avait envoyé la pièce et j'apprends de lui qu'il s'agit d'une récidive, que la malade avait été opérée trente ans auparavant et que la première tumeur a été examinée par Robin. On m'envoie la note qui avait été rédigée. Elle était conçue dans des termes identiques à ceux dont s'était servi Nepveu.

La récidive est donc un phénomène des plus variables, et sur lequel il faut s'entendre. Dans le cas particulier de M. Berger, je ne pense pas que l'on puisse dire qu'il y a eu véritablement transformation de tumeur. Le fibrome et le sarcome ne forment presque qu'une seule et même tumeur.

M. Routier. Il y a vraiment des faits de récidive qui déroutent toutes les prévisions. J'observe depuis seize ans une malade d'abord atteinte de plaques végétantes et suintantes de la région anorectale qui furent considérées comme de nature spécifique. Le traitement approprié fut appliqué à plusieurs reprises sans donner aucun résultat. L'examen histologique d'un fragment de plaque pratiqué assez près du début par M. Cornil avait fait dire syphilome. Un peu plus tard, comme le néoplasme, en se développant, semblait devoir obstruer la lumière du rectum on enleva une grande plaque qui fut encore reconnue pour du syphilome. A ce moment existait déjà un petit ganglion de l'aîne.

Six ans après, à cette glande avait succédé une grosse masse ganglionnaire dont je fis l'ablation non sans peine, puisque la veine fémorale fut intéressée. La malade guérit bien et l'examen de la pièce fit voir que nous avions affaire, dans cette tumeur secondaire à de l'épithélioma typique.

La guérison, du côté de la cuisse, se maintint trois ans, au bout desquels se montra, à l'extrémité inférieure de mon incision, une nouvelle tumeur qui, enlevée et examinée, fut encore reconnue pour de l'épithélioma. J'enlevai, dans la même séance, une nouvelle plaque de l'anus. C'était toujours du syphilome.

Enfin, cette année s'est développée à la place des anciennes plaques rectales une grosse tumeur qui, bientôt, a oblitéré l'intestin. J'en ai pratiqué la résection et cette fois il s'est trouvé qu'il s'agissait d'un épithélioma du rectum.

M. Quénu. L'erreur des chirurgiens a été jusqu'ici de vouloir établir une sorte d'équation entre la nature histologique des tumeurs et leur évolution clinique. Ce sont là des choses absolu-

ment distinctes. En réalité, nous ne savons rien sur cette évolution. Nous la constatons sans pouvoir la prévoir. Certaines tumeurs épithéliales persistent sans se développer aucunement pendant vingt, trente ans. et plus.

Au contraire des tumeurs adénoïdes, au bout de quinze ou vingt ans, ont perdu leur caractère primitif et sont, par exemple, en partie adénoïdes, en partie cancéreuses.

Richet me fit examiner un jour une tumeur du sein qu'il avait enlevée avec les ganglions de l'aisselle à une dame que Nélaton avait vue dix-huit ans auparavant. Or, Nélaton avait diagnostiqué une tumeur adénoïde et conseillé l'abstention. Je trouvai à la coupe qu'il y avait bien une tumeur adénoïde, mais que celle-ci était infiltrée de cellules épithéliales.

Les tumeurs conjonctives doivent être envisagées à part. Ici il n'y a pas de véritable distinction à établir. Elles sont toutes de la même famille et presque identiques. Après être restée stationnaire dix, quinze, vingt ans, une tumeur conjonctive peut changer d'allure sans changer de nature ; que l'on ait affaire à du fibrome ou à du sarcome c'est toujours la même chose. J'ai vu mourir à trente-neuf ans d'un sarcome de la plèvre une malade qui, depuis l'âge de douze ans, portait un fibrome de l'épaule. Fibrome et sarcome avaient ici la même signification. L'évolution seule a changé la face des choses. Jusqu'ici nous ne savons en aucune façon pourquoi une tumeur, quelle que soit sa nature histologique, reste bénigne ou devient maligne.

M. Kirmisson. J'appuie de toutes mes forces les idées que vient d'exprimer M. Quénu. Je suis comme lui d'avis qu'il n'y a pas de tumeurs bénignes ou malignes de par leur nature histologique mais des tumeurs à évolution bénigne ou maligne. Quant à l'identification des tumeurs conjonctives elle a été faite depuis longtemps chez nous, et M. Verneuil, dès 1853, montrait dans un important mémoire que l'on pouvait observer toutes les transitions entre le fibrome pur et le sarcome fasciculé.

M. Berger. Je pense qu'il faut écarter de ce débat les tumeurs glandulaires. Elles sont trop complexes. Il n'est pas étonnant que l'on y observe des transformations multiples. Dans le cas que je vous ai soumis il s'agit au contraire d'une tumeur très simple, et il est hors de doute que le troisième examen ne concordait en aucune façon avec le premier. Je ne prétends point m'inscrire en faux contre les idées très originales de M. Quénu ; mais quoi qu'il en dise, je n'admettrai jamais que fibrome et sarcome soient une seule et même chose. Que ces deux tumeurs appartiennent à une même famille, je le veux bien ; mais peut-on contester que la plu-

part des fibromes restent à l'état de fibrome sans dégénérer et sans envahir l'économie? Peut-on dire qu'il en est de même des sarcomes? M. Quénu affirmerait-il que non opérée la tumeur eût pris sur place les caractères d'un sarcome? Je ne puis donc, quoique le fibrome et le sarcome soient de la même famille, quoique l'on ait trouvé histologiquement toutes les transitions entre le fibrome et le sarcome fasciculé admettre que fibrome et sarcome sont une seule et même chose.

M. Quénu. C'est une notion courante en Allemagne.

Présentation de malades.

1° *Kyste dermoïde du médiastin.*

M. J.-J. Peyrot présente au nom du Dr J. Dardignac, médecin-major de l'armée, un malade reçu dans son service des salles militaires de l'Hôtel-Dieu de Beauvais, il y a une année, en mai 1893, pour des accidents de suffocation, crises de dypsnée..., etc., occasionnées par le développement rapide d'une tumeur intra-thoracique récidivée et vidée par aspiration une première fois, en 1889, à Saint-Antoine, dans des circonstances semblables. Cette tumeur, prise alors pour un kyste hydatique (du foie ou de la plèvre), resta silencieuse quatre années et contracta pendant ce temps de solides adhérences avec la paroi costale antérieure droite qui, lorsque notre confrère vit le malade, était visiblement soulevée, projetée en haut et en dehors et douloureuse.

Le diagnostic de contenu liquide et d'adhérence porté, M. Dardignac procéda le 4 août dernier, le malade étant alors anhélant, dans un état de déchéance profonde, à la résection de 6 centimètres de la 4e côte, entre le mamelon droit et le bord du sternum, suivie d'une large ouverture de la poche qui, après avoir donné environ 1,800 grammes de liquide, évacua une grande quantité de matière sébacée jaunâtre, uniforme, mélangée à des touffes de poils blancs et roux de 8 à 10 centimètres de longueur.

Ce kyste dermoïde médiastinal drainé et siphonné antiseptiquement tous les jours, est aujourd'hui réduit à un trajet fistuleux en doigt de gant, contenant de 20 à 30 grammes de liquide, mesurant exactement 10 centimètres et obliquement dirigé d'avant en arrière, de droite à gauche et presque horizontalement (malade debout) entre les organes logés dans le médiastin, avec lequel il a, profondément, contracté des adhérences.

Les injections périodiques de liqueur de Villatte, qui donnèrent un résultat immédiat considérable, paraissant actuellement sans action bien manifeste, notre confrère, en présentant ce malade et son histoire clinique, sollicite l'avis de notre Société pour savoir qu'elle serait, dans l'espèce, le traitement qu'il conviendrait de faire suivre à ce malade pour arriver, — après huit mois de suppuration, — à tarir cette fistule, l'extirpation de la totalité de la poche kystique paraissant inabordable.

2° *Splénectomie pour rate mobile avec accidents de péritonisme déterminés par une légère torsion du pédicule*, par M. Hartmann.

3° *Enfoncement de tout le frontal; accidents avec élévation de température; trépanation très large et relèvement des portions non enlevées; guérison.*

M. Championnière. Je présente à la Société un opéré intéressant par les énormes lésions du crâne auxquelles j'ai pu remédier, malgré des accidents manifestes de méningo-encéphalite :

Un homme de 26 ans est entré dans mon service après avoir été frappé au front par une pièce de bois lancée par une scie circulaire. La violence du coup fut énorme, le frontal était littéralement défoncé, avec une plaie médiane peu étendue.

Je ne vis le blessé que le second jour, en état de perte de connaissance complète ; la température était montée à 39°.

Je jugeai que la dépression du crâne avec lésion cérébrale évidente était incompatible avec la survie, et je fis porter le blessé à la salle d'opérations.

En découvrant par incision la région blessée, je pus constater que toute la surface du frontal était intéressée. La partie gauche avait pénétré le lobe frontal et la substance cérébrale faisait issue.

Une grande couronne de trépan située à droite de la ligne médiane en haut me permit d'enlever les parties les plus atteintes et les plus enfoncées.

Je vis alors que si je voulais enlever toutes les parties enfoncées, il me faudrait extraire tout le frontal, y compris à droite toute la voûte orbitaire.

Je me contentai alors de relever toutes les parties périphériques et de remettre en place cette voûte orbitaire.

Je pus y réussir et l'orifice osseux, malgré cela, représentait encore un tiers de la surface du frontal.

Le sujet guérit bien. Dès le lendemain, la température était tombée ;

dès le soir, la déglutition des liquides qui ne pouvait plus se faire le matin, était redevenue possible.

Le blessé resta quelques jours très agité et de caractère très difficile, et fut très difficile à garder ; puis tous les symptômes d'agitation disparurent.

Je vous le présente aujourd'hui parfaitement guéri et vous fais remarquer que, malgré une certaine perte de substance, il n'y a aucun besoin de plaque protectrice.

Malgré d'énormes pertes de substance, il en est ainsi très régulièrement, chez les sujets guéris sans suppuration.

Je note en terminant qu'à la partie supérieure de ma région opératoire j'ai décollé les os au voisinage de l'origine du sinus longitudinal supérieur et j'ai eu une énorme hémorragie que j'ai arrêtée, suivant mon habitude, en empilant dans la région des paquets de catgut.

Présentation de pièces.

1° *Ostéomes des adducteurs,*

Par M. Rigal.

Présentation de deux ostéomes enlevés sur le cavalier présenté à la dernière séance

---

2° *Kyste dermoïde de la région thyroïdienne,*

Par M. Routier.

Ce kyste a été enlevé chez un enfant de sept ans. Il avait été ouvert trois ans auparavant par un médecin qui l'avait pris pour un abcès. C'est le second fait de ce genre observé par M. Routier.

3° *Appendice enlevé chez un enfant de sept ans.*

Par M. Routier.

Cet enfant, pris de douleurs et d'accidents subits de péritonite un mercredi, fut vu par M. Routier pour la première fois le samedi suivant, au milieu d'une accalmie qui invita à l'abstention. Mais vingt-quatre heures après les symptômes reparaissent plus violents. On pratique la laparatomie. Il y avait une péritonite suppurée. L'ap-

pendice perforé contenait un calcul. Cet appendice se trouvait placé dans le petit bassin, dans une position verticale, et si bien caché qu'il était impossible de le palper. Cette impossibilité de sentir l'appendice pour la palpation est du reste la règle selon M. Routier.

La séance est levée à 5 heures 20 minutes.

Le Secrétaire annuel,
PEYROT.

Séance du 16 mai 1894.

Présidence de M. J.-L. CHAMPIONNIÈRE.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° *Les secours aux blessés et aux naufragés des guerres maritimes*, par M. AUFFRET (de Brest) (extrait de la *Revue maritime et coloniale*) ;

3° *Rapport sur l'accident du torpilleur « Le Sarrazin »*, par le même (extrait des *Archives de médecine navale*) ;

4° *De l'hystérectomie abdominale totale dans certaines lésions suppurées des annexes*, une observation par M. DELAGENIÈRE (du Mans) (extrait des *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*) ;

5° *Contribution à l'étude du rein mobile*, par MM. GODART-DANTRIEUX et J. VERHOOGEN (extrait des *Annales de la Société belge de Chirurgie*) ;

6° *Discisions cristalliniennes et iritomies au couteau,* par M. NICATI (de Marseille) (M. Brun, rapporteur).

A propos du procès-verbal.

Sur l'anesthésie combinée par le bromure d'éthyle et le chloroforme,

Par M. Villeneuve, membre correspondant.

J'ai l'honneur d'adresser à mes collègues les résultats obtenus dans *cinquante* cas de mon service de l'Hôtel-Dieu et de ma pratique privée. Le nombre de ces observations est loin d'égaler celui de MM. Segond et Pawlow (de Saint-Pétersbourg); mais elles ont été prises et résumées avec soin par M. Platon, élève de mon service, et pourront contribuer peut-être à élucider cette question.

Voici d'abord quelle a été la technique suivie : le bromure d'éthyle, parfaitement pur, et préparé par mon collègue à l'École de médecine, M. le professeur Domergue, était renfermé dans des flacons de 15 grammes. On en versait la moitié environ sur une compresse, appliquée sur la bouche et le nez du patient en décubitus dorsal, de manière à ne pas laisser arriver d'air pur. L'autre moitié n'était employée qu'en cas d'insuffisance de la première. L'anesthésie obtenue, une autre compresse imbibée de 5 grammes environ de chloroforme était immédiatement substituée à la première, et la narcose obtenue en suivant les règles de l'anesthésie goutte à goutte.

Je passe maintenant aux résultats observés :

1° Les malades témoignent toujours une grande répugnance pour l'odeur du bromure d'éthyle, ils se débattent souvent avec violence et il faut lutter avec eux pour le leur faire accepter.

2° On a déjà signalé la congestion de la face, avec gonflement des veines du cou, qui se produit dès les premières inspirations, et qui peut prendre des proportions inquiétantes. Sur mes cinquante cas, elle a été neuf fois très marquée, et dans deux autres, il a fallu recourir à la respiration artificielle.

Au cours d'une laparotomie pour fibrome utérin, pratiquée avec l'aide de mes collègues et amis les Drs Boy-Teissier et Pluyette, la malade fut prise dès les premières inspirations de bromure d'une asphyxie très prononcée et qui nous inspira des craintes d'autant plus vives, qu'opérant à la campagne, nous n'avions pas de ballons d'oxygène à notre disposition. Une fois ranimée par les manœuvres ordinaires, la malade fut maintenue endormie par quelques gouttes seulement de chloroforme, mais elle resta violemment congestionnée. De plus, le ventre ouvert laissa voir l'utérus fibromateux sillonné par d'énormes veines, gorgées de sang, aussi grosses

que le pouce. Les plexus ovariques avaient l'aspect d'énormes varicocèles. Sans doute l'état anatomique préexistant doit être d'abord incriminé. Mais je suis porté à croire que l'administration du bromure a contribué à l'exagération de la stase veineuse. (Malgré les craintes légitimes inspirées par cet état, la malade a guéri.)

3° La quantité de bromure employée a été :

De 15	grammes dans	....	16	cas.
30	—	....	31	—
45	—	....	2	—
60	—	....	1	—

Elle est donc supérieure à celle indiquée ordinairement comme suffisante.

4° Le temps nécessaire pour obtenir l'anesthésie par le bromure a été en moyenne d'un peu moins de quatre minutes. Dans deux cas il a atteint près de dix minutes, et dans un seul moins d'une minute. Mes résultats ne sont donc pas non plus d'accord sur ce point avec ceux des autres observateurs.

5° La quantité de chloroforme employée ne peut être évidemment appréciée avec justesse, à cause de la longueur très variable des opérations. Mais en tenant compte de ce coefficient, il m'a paru qu'elle était à peu près la même que par la méthode ordinaire.

6° Mais dans un grand nombre de cas (16 sur 50), même lorsque l'anesthésie par le bromure paraît complète, le réflexe oculaire aboli, la pupille dilatée, le malade *réagit encore sous le bistouri;* il faut lui donner encore du chloroforme pour obtenir la résolution complète. Dans ces cas, le temps total pour obtenir l'anesthésie est de dix minutes environ, ce qui ne constitue pas un gain considérable à ce point de vue. Il est juste d'ajouter que dans les autres, elle s'obtient très rapidement : cinq ou six minutes en moyenne.

7° Le reproche le plus fondé que l'on peut adresser à l'emploi du bromure, c'est la *fréquence*, la *durée* et l'*intensité* des vomissements. Ils n'ont manqué que neuf fois sur mes cinquante cas : dix fois, ils ont duré deux jours, deux fois plus de trois. C'est une proportion bien supérieure à la moyenne.

8° Un autre inconvénient à signaler comme conséquence de ces vomissements, c'est une douleur fixe, souvent violente à l'épigastre, et bien plus marquée qu'il n'arrive d'ordinaire en pareil cas. Je la trouve signalée neuf fois dans mes observations.

9° Je ne fais que rappeler la très désagréable odeur alliacée répandue par l'haleine des malades qui ont respiré du brométhyl, et qui persiste jusqu'au quatrième jour et au delà. Cela n'a pas

grand inconvénient à l'hôpital; en ville, il n'en va pas de même.

En résumé, je ne vois pas de grands avantages à l'emploi successif du bromure d'éthyle et du chloroforme. Il amène d'ordinaire une anesthésie plus rapide, mais pas toujours. Par contre son odeur désagréable, sa tendance à produire des congestions veineuses, et surtout des vomissements aussi intenses que répétés, les douleurs épigastriques qui en sont la conséquence m'ont pour ma part, détourné de son emploi.

Rapport.

Trois observations d'abcès, l'un tuberculeux (à la langue), les deux autres typhoïdiques, par M. Dardignac, médecin-major au 51e de ligne,

Rapport par M. Bazy.

Dans le premier cas il s'agit d'un tuberculome lingual développé sur le côté droit.

Il siège à la pointe de la langue, chez un soldat de 22 ans : il a le volume d'un gros œuf de pigeon, régulier, sans bosselure, un peu élastique et peu douloureux, développé dans l'épaisseur même du muscle lingual; la muqueuse est saine sur la face dorsale et sur la face inférieure de la langue.

La mastication est douloureuse et la parole est gênée et embrouillée. L'état général est mauvais, le malade a maigri.

La tumeur existait depuis quatre mois quand M. Dardignac fut appelé à la soigner. On avait déjà donné au malade, malgré l'absence de tout antécédent, un traitement antisyphilitique sans résultat.

M. Dardignac, après avoir discuté les différentes hypothèses que pouvait soulever la présence de cette tumeur, s'arrête à l'hypothèse d'un abcès que viendront confirmer deux ponctions successives.

L'existence d'une respiration légèrement soufflante avec des craquements au sommet des poumons lui permit de dire que cet abcès était tuberculeux ; l'examen histologique un peu incomplet auquel il s'est livré pouvait confirmer ce diagnostic.

Quoiqu'il en soit, M. Dardignac ouvrit largement le foyer dans lequel le liquide se reproduisait facilement, le vida et en racla fortement les parois. La guérison fut assez prompte, le soulagement presque immédiat et l'état général remonta pour faiblir ensuite un peu sous le coup de l'aggravation dans les lésions pulmonaires.

M. Dardignac discute ensuite la pathogénie de cet abcès, et se demande s'il s'agit ici d'une inoculation directe qui aurait été suivie de localisations pulmonaires par infection, ou bien si les lésions

pulmonaires auraient précédé, et dans ce cas le tuberculome lingual aurait été la conséquence de la fixation dans ce point de la langue d'une colonie bacillaire qui y aurait été apportée par la voie sanguine. Il penche plutôt en faveur de cette hypothèse qu'en faveur de celle d'une inoculation par des crachats contenant des bacilles tuberculeux. Il invoque à l'appui de sa thèse l'absence de toute porte d'entrée visible.

Sans vouloir nier (bien loin de là) la colonisation à distance des bacilles tuberculeux, nous pensons que l'hypothèse de l'inoculation de la langue par des bacilles tuberculeux venant des poumons est trop acceptée et trop satisfaisante pour l'esprit, pour être rejetée même dans ce cas, où des mauvaises dents devaient multiplier le traumatisme et ouvrir de nombreuses portes d'entrée.

Les deux autres observations de M. Dardignac ont trait à des abcès typhoïdiques.

Dans une première observation, il s'agit d'un jeune soldat atteint en septembre 1890 d'une fièvre typhoïde grave dont la convalescence fut entravée par des abcès sous-cutanés dont quelques-uns siégaient sur la région des tibias.

Depuis ce temps, à la suite de fatigues, il souffrait dans la région des tibias.

Enfin, plus d'un an après, en janvier 1892, il entrait à l'hôpital avec une petite tumeur sur chaque diaphyse tibiale que l'on crut devoir pendant un certain temps traiter comme des manifestations syphilitiques, car le malade avait dans l'intervalle (5 mois auparavant) contracté un chancre sur la nature duquel on n'a jamais été complètement édifié. Le résultat du traitement fut nul. On proposa une opération qui ne fut acceptée que six mois plus tard, en septembre 1892.

On fit de chaque côté des incisions qui permirent d'enlever des masses hyperplasiques contenant au centre un peu de pus dont l'examen bactériologique n'a pas été fait, ce qui ne nous permettrait pas d'affirmer, pas plus qu'à M. Dardignac, l'origine typhoïdique.

M. Dardignac a intitulé ce cas : *abcès froid*. Il serait plus juste de dire ostéomyélite à forme proliférante et partiellement suppurative, car le pus dans un cas a consisté en une simple goutte, dans l'autre en une très petite quantité.

La nature typhoïdique de ces accidents nous paraît suffisamment démontrée par la clinique pour que nous n'insistions pas et que nous ne reprochions point à M. Dardignac de ne nous en avoir pas fourni la preuve bactériologique qu'une installation insuffisante ne lui a pas permis d'acquérir.

Dans la deuxième observation, il s'agit d'un soldat qui, au 25e jour de la convalescence d'une fièvre typhoïde grave, appela l'attention de

M. Dardignac sur une tuméfaction molle, pâteuse, circonscrite sans chaleur à la peau, très douloureuse à la pression, siégeant sur la face supérieure de la clavicule au voisinage de l'articulation serno-claviculaire.

M. Dardignac fait suivre ces deux observations de considérations qui montrent qu'il est au courant de la littérature contemporaine sur cette question des ostéomyélites éberthiennes; je tiens à le constater et à l'en féliciter.

Aussi vous prierai-je, tout en demandant de déposer son mémoire dans les Archives, de vouloir bien lui adresser des remerciements et de l'inscrire dans un rang honorable sur la liste des candidats à la place de membre correspondant.

Communications.

Sur l'anesthésie par l'éther,

Par M. Le Dentu.

J'ai eu l'occasion, il y a deux ans, au moment du dernier concours pour l'agrégation, de pratiquer, avec l'aide des candidats lyonnais, un assez grand nombre d'anesthésies par l'éther. Au bout d'un certain temps, j'y renonçai. Depuis quatre mois je m'y suis remis. Ce qui m'a déterminé à reprendre l'éther, c'est le résultat fourni par les diverses statistiques. Il semble, en effet, que, toutes proportions gardées, la fréquence des accidents soit de 4 pour le chloroforme contre 1 pour l'éther. Je ne connais que depuis peu les chiffres de Gluck qui sont encore bien meilleurs. Pour lui, le rapport est de 14 à 1. Il est vrai que, d'après ses listes, la mortalité dans l'anesthésie chloroformique serait de 1 sur 1,450, ce qui me parait excessif. Je m'en tiens plutôt, pour ma part, au chiffre admis depuis longtemps de 1 sur 4,000. J'ai voulu essayer aussi les injections préalables d'atropomorphine; mais, pensant que les doses généralement indiquées pouvaient être dangereuses, je n'ai employé que des demi-doses, savoir : 5 milligrammes de chlorhydrate de morphine et 1/4 de milligramme de sulfate d'atropine. Cette manière de faire m'a paru sans inconvénient, mais aussi sans avantage. J'y ai complètement renoncé.

J'ai essayé, au point de vue de l'administration, presque tous les appareils connus et j'ai fini par donner la préférence au masque de Julliard, constitué comme on sait par une carcasse métallique

contenant plusieurs doubles de flanelle sur lesquels on peut retenir une quantité notable de l'agent anesthésique.

Au début, celui-ci a été un peu gaspillé. J'en employais couramment 250 et jusqu'à 300 grammes et plus. Actuellement, avec 150 ou 200 grammes, j'obtiens des anesthésies prolongées, aussi régulières et aussi calmes qu'avec le chloroforme. Je l'ai employé de cette façon pour des opérations abdominales et je n'ai eu qu'à m'en louer.

On a reproché à l'éther la longueur de la période d'excitation. Mais elle tient à la façon dont on l'administre. Si on ne donne pas des doses fortes dès le début, on la voit, en effet, se prolonger assez longtemps. Il faut donc verser l'éther largement, sans aller cependant jusqu'à sidérer le patient.

Depuis quatre mois que je l'emploie, je n'ai pas observé le moindre incident; il est vrai que je le fais donner par des aides très habitués à son usage et qui le donnent rapidement.

J'admets les indications et les contre-indications formulées par l'Ecole lyonnaise. Lorsqu'il existe une gêne respiratoire antérieure un peu marquée, le chloroforme vaut mieux.

Un grand avantage de l'anesthésie par l'éther, c'est le réveil rapide des opérés et l'absence habituelle des vomissements. Un certain nombre de malades vomit pourtant, mais peu; deux ou trois fois au plus et c'est tout.

Il faut employer, à l'hôpital et en ville, de l'éther sur lequel on puisse compter. J'ai successivement employé l'éther rectifié avec le sodium, et l'éther rectifié au chlorure de calcium. Je n'ai pas trouvé de différence entre les deux. Ils sont excellents l'un et l'autre. Je suis tout disposé à continuer l'emploi de ce mode d'anesthésie, dont je n'ai jusqu'ici qu'à me louer.

Discussion.

M. Quénu. J'ai donné l'éther dans mon service pendant trois à quatre mois, avec le concours de mon interne, M. Carrel (de Lausanne) qui était habitué à l'employer et qui en était fort partisan. Nous avons pris note de tout ce que nous observions chez nos malades. Je dois dire que les vomissements m'ont paru aussi fréquents qu'après le chloroforme. Pour les malades atteints d'emphysème, de bronchite, l'éther a des inconvénients sérieux; chez tous le chirurgien est incommodé par le bruit forcené que produit la respiration. Il y a là un formidable ronchus, un bruit de forge des plus gênants.

Néoplasme inflammatoire de la petite courbure de l'estomac, adhérent au lobe gauche du foie et à la paroi abdominale antérieure, pris pour un carcinome. Laparotomie exploratrice palliative. Guérison opératoire, puis guérison définitive de la malade,

Par M. Terrier.

Messieurs, le fait que je viens vous soumettre me paraît intéressant à beaucoup d'égards et prouve combien il faut être réservé non seulement dans le diagnostic des tumeurs de l'estomac ou plutôt de la région stomacale, mais encore dans le pronostic et le traitement chirurgical de ces lésions qui peuvent affecter les allures de la malignité, alors qu'il s'agit de néoformations purement inflammatoires.

Obs. I. — R... (Zoé), blanchisseuse, 62 ans, entre dans mon service de Bichat, le 20 février 1893, pour y être traitée de troubles gastriques qu'on suppose être dus à une néoformation stomacale.

Depuis cinq mois, la malade ressent au niveau de l'épigastre, une sorte de tension, plutôt que de la douleur véritable. Les digestions sont un peu pénibles, toutefois l'appétit est un peu conservé et il n'y a pas de vomissements; cependant, depuis quelque temps la malade maigrit et s'affaiblit,

Elle aurait rendu du sang noirâtre mêlé aux selles. Cette femme est bossue et rachitique; son état général paraît médiocre, elle est très amaigrie et faible. Son poids est de 40 kilog. (27 février 1893). Les urines rares (850 gr. pour 24 heures), renferment 14gr,20 d'urée.

Par le palper abdominal, on perçoit immédiatement au-dessous du rebord costal gauche, un peu à gauche de l'épigastre une tumeur dure, arrondie, étalée du volume d'un gros œuf et qui semble légèrement mobile. L'exploration de cette tumeur ne détermine que fort peu de douleur.

L'estomac ne paraît pas très dilaté, il n'est pas douloureux à la palpation.

S'appuyant sur l'âge de la malade, sur l'existence de quelques troubles gastriques, sur l'amaigrissement notable avec diminution des forces, enfin tenant surtout compte de la tumeur épigastrique, on formule le diagnostic de néoplasme stomacal occupant probablement la face antérieure ou la petite courbure de l'organe, d'où l'absence de vomissements et la conservation relative de l'appétit. La laparotomie est décidée.

Opération le 11 mars 1893 avec l'aide de mon collègue et assistant le Dr H. Hartmann. — Incision médiane sus-ombilicale ouvrant l'abdomen, immédiatement à gauche du ligament suspenseur du foie; cet organe occupe la partie supérieure de l'incision abdominale. Il adhère, ainsi que l'estomac, à la face profonde de la paroi abdominale anté-

rieure, à gauche de l'incision. Après décollement de ces adhérences avec le doigt, on peut amener dans la plaie l'estomac dilaté et qui, au voisinage de la petite courbure est fusionné avec le lobe gauche du foie. En ce point la paroi stomacale est manifestement infiltrée par un néoplasme. A l'aide du bistouri, on sectionne un tissu dur grisâtre non vasculaire, qui s'étend d'un point de la petite courbure peu éloigné du cardia au bord du lobe gauche du foie et à la paroi abdominale antérieure où les adhérences étaient déjà détruites avec le doigt. La surface de section ainsi faite a environ les dimensions d'un pouce d'adulte.

Comme on constate l'existence de ganglions le long de la grande courbure, ganglions ayant les dimensions d'une noisette, on s'en tient à cette libération de l'estomac et on ferme l'abdomen par une suture à trois étages : suture au fil de soie pour le péritoine et pour les aponévroses, suture au crin de Florence pour les téguments.

Toutefois, avant de refermer l'abdomen et après libération du foie, je sectionnai sur la partie de la néoformation en continuité avec l'estomac une petite tranche de tissu pour le faire examiner histologiquement.

Les suites opératoires furent des plus simples, le maximum de la température fut 37°3. L'ablation des fils à suture cutanés (crin de Florence) fut faite le 9e jour.

Au troisième pansement, c'est-à-dire le 20e jour environ, tout était absolument terminé.

La malade sortit de l'hôpital le 48e jour.

Lors de sa sortie elle souffrait encore au niveau de l'hypochondre gauche et ces douleurs ont persisté, dit-elle, pendant près de six mois. Ces douleurs apparaissaient vers 11 heures du matin et cessaient le soir, en même temps se produisaient des vomissements aqueux. Appétit toujours diminué avec dégoût du vin et de la viande.

Puis peu à peu, ces accidents disparurent et actuellement (3 mars 1894) la malade ne souffre plus, mange et digère bien, et sauf quelques troubles intestinaux de diarrhée, elle se porte bien et pèse 45 kilogrammes.

La cicatrice longue de 8 centimètres, s'étend de l'appendice xyphoïde à l'ombilic. A son niveau on ne constate ni éventration, ni induration, pas de douleurs abdominales, pas de tuméfaction profonde appréciable.

Comme on peut le remarquer de suite, l'état actuel de notre opérée n'est nullement l'état d'une femme atteinte d'une lésion organique de l'estomac. Ceci s'explique, en effet, par le résultat de l'examen histologique du fragment de tumeur que j'ai excisé. Celui-ci est formé exclusivement par du *tissu fibreux* et ne contient pas de traces de néoplasme épithélial, ainsi que l'a constaté M. le Dr Morax, alors mon interne.

Il ne s'agissait donc pas d'un néoplasme malin (épithélial) de l'estomac mais bien d'un véritable *néoplasme inflammatoire.*

Quelle pouvait être l'origine de cette tumeur inflammatoire? La

chose est assez difficile à résoudre, au moins dans ce fait spécial, toutefois on peut penser à la pathogénie suivante :

Ulcère de l'estomac siégeant vers la petite courbure et ayant par suite de poussée péritonique donné naissance à ces adhérences multiples à la paroi abdominale antérieure et au lobe gauche du foie. Ces adhérences ont déterminé ces masses dures prises pour une néoformation épithéliale. Puis l'ulcère a guéri, et probablement par suite de la libération opératoire du foie et de l'estomac, les fonctions se sont rétablies peu à peu à l'état normal.

Lors de mon intervention, l'ulcération stomacale était-elle guérie? Impossible de l'affirmer; en tous cas, vu la longue persistance des troubles gastriques après cette intervention, il y a lieu de croire que cette guérison n'était pas parfaite et complète. Elle paraît s'être complétée plus tard. Remarquons toutefois que ce ne sont là que des hypothèses, qui sont fort sujettes à discussion.

En tous cas, cette observation me rappela un fait très curieux que j'ai rencontré dans la clientèle d'un de mes amis le Dr Morillon, de Craon, il y a déjà quelques années, et sur lequel mon confrère m'a communiqué les notes suivantes :

Obs. II. — M. V..., de constitution très robuste, âgé de 65 ans, fut atteint en janvier 1885 de troubles gastro-intestinaux graves. Au début ce furent de violentes crampes d'estomac, avec hoquet très pénible, et des éructations douloureuses suivies d'efforts de vomissements. Les vomissements renfermaient des mucosités noirâtres sanguinolentes parfois. Il apparut aussi une diarrhée bilieuse, avec du melœna. Inappétence.

Bientôt, une tuméfaction douloureuse se montra d'abord sur le foie puis à l'épigastre, empiétant sur la partie latérale de l'estomac et vers l'ombilic. Les douleurs continues succédèrent aux crampes; le malade ne supportait que du lait glacé. Teinte subictérique des conjonctives, émaciation considérable.

Les troubles de la digestion, parurent être intimement liés à l'apparition d'une induration limitée au voisinage du pylore, qui devint de plus en plus appréciable au palper.

C'est à cette période de la maladie, c'est-à-dire au mois de mars 1885 que je vis M. V... A cette époque, les antécédents du malade, l'existence d'une tumeur dure siégeant à l'épigastre et ayant le volume d'une petite pomme, les accidents de vomissements noirâtres, l'émaciation extrême du sujet, qui avait des tendances syncopales, nous fit diagnostiquer, une néoformation épithéliale du pylore, avec un pronostic très grave, et issue fatale à brève échéance.

Comme le patient ne pouvait plus rien digérer, même le lait de chèvre, on lui conseilla d'utiliser le lait d'ânesse.

Or, quelques jours après cet essai, le lait parut mieux supporté et peu à peu, il se produisit une amélioration dans l'état général et dans

l'état local. Si bien que trois mois après, c'est-à-dire le 12 juillet je constatai chez M. V... une telle modification dans son état qu'il me parut être entré en pleine convalescence.

Toutefois celle-ci fut lente, souvent il se produisait des rechutes douloureuses, nécessitant l'emploi modéré de la morphine, et en 1886, on trouvait encore l'induration de la région pylorique, induration qui s'effaçait peu à peu.

Pendant longtemps le lait d'ânesse fut seul supporté; puis on en vint aux potages au lait de vache, aux œufs, voire même à la pulpe de viande, et cela pendant *plusieurs années*, et ce n'est guère que depuis trois ans que le malade a repris son régime ordinaire.

L'état général était redevenu excellent, si bien que, malgré ses 74 ans, M. V... a pu résister cet hiver à une broncho-pneumonie d'origine grippale.

Il résulte de la lecture de cette observation que très manifestement on a eu affaire à cette lésion dite ulcère simple de l'estomac; de là les troubles gastro-intestinaux; les hémorragies gastriques, l'apparition des accidents péritonitiques localisés, celle de la tumeur de la région pylorique.

Lorsque je vis le malade d'accord avec mon ami le Dr Morillon, je crus à une néo-formation épithéliale du pylore, notre conseil d'utiliser le lait d'ânesse était donc un conseil très platonique. Et cependant, il eut peut-être pour résultat de faciliter la cicatrisation de l'ulcération et par conséquent de guérir le malade. Toujours est-il que les phénomènes locaux se calmèrent, que les digestions se firent de mieux en mieux et qu'à une seconde visite je trouvai M. V. en pleine convalescence.

Dans ce fait, il est donc à peu près certain que la tumeur pylonique n'était autre qu'une tumeur inflammatoire due à la lésion ulcéreuse de l'estomac; or, en présence des accidents précédemment indiqués, il eût été fort rationnel de proposer une intervention chirurgicale soit dans le but d'enlever la néo-formation, soit pour pratiquer une opération palliative comme la gastro-entérostomie. Toujours est-il, c'est que comme dans le premier cas que je vous ai soumis, on aurait alors constaté la nature inflammatoire de la lésion mais peut-être après l'ablation du mal. Car il faut bien le dire, en présence de ces néo-formations adhérentes ou non, il peut être tout à fait impossible de savoir si l'on a affaire à une néo-formation épithéliale, ou bien à une simple néo-formation inflammatoire. Ceci même pourrait expliquer le succès définitif qui a pu suivre l'ablation de prétendues tumeurs cancéreuses de l'estomac? Et *a fortiori* les succès obtenus par des traitements médicaux.

J'ai recherché dans la littérature médicale des cas au moins analogues sinon identiques à celui dans lequel je suis intervenu et

que je viens de vous relater ; or je n'ai trouvé que trois observations dues à Landerer [1] comparables à la mienne. Il s'agit de malades, venant consulter pour des accidents gastralgiques avec douleurs localisées ou surtout accusées à l'épigastre et qui s'exagéraient par les mouvements.

Dans les trois cas on fit la laparotomie et voici ce qu'on observa : dans le premier cas, des adhérences entre l'estomac et le péritoine pariétal; dans le second cas, des adhérences entre le foie et l'estomac; enfin, dans le troisième, des adhérences entre l'estomac et l'anneau d'une petite hernie ombilicale.

L'excision des adhérences amena la guérison radicale de ces malades, qui avaient été traités médicalement de toutes les façons possibles.

Deux autres faits semblent se rapprocher encore de mon observation, ce sont ceux de Lange [2] et de Tricomi [3].

Dans le premier, l'opération de la laparotomie fut proposée et acceptée pour éclaircir un diagnostic fort obscur de lésion de l'estomac. On trouva une tumeur assez large et on l'enleva croyant à une néo-formation, alors qu'il s'agissait d'une ulcération d'adénome ; bien que l'opération ait duré presque quatre heures, le malade guérit fort bien.

La seconde a trait à une cicatrice adhérente de l'estomac, résultant d'un ulcère simple et ayant déterminé de la gastralgie. On fit la section d'une cicatrice réunissant le foie à la petite courbure de l'estomac, puis la résection partielle de l'estomac qui fut suivie de guérison. Résection devenue nécessaire par suite de l'ouverture de l'estomac en voulant le libérer de ses adhérences avec le lobe gauche du foie.

On conçoit d'ailleurs très facilement, qu'en présence d'une néo-formation de la paroi stomacale, accompagnée d'accidents comparables à ceux que peut fournir un cancer de cet organe, le chirurgien — qui s'est décidé à pratiquer la laparotomie — puisse se méprendre sur la nature de la néo-formation et qu'il l'enlève comme Lange ; c'est très probablement ce que j'aurais fait dans l'observation qui m'est personnelle, si je n'avais trouvé des adhérences étendues et des ganglions.

Enfin il est possible qu'une cicatrice d'un ulcère détermine des adhérences telles qu'on soit obligé — comme l'a fait Tricomi — à pratiquer l'excision du susdit ulcère et la suture de l'estomac.

[1] Zur Chirurgie des Magens (*Münch. med. Wochenschrift*, 1893, n° 39, p. 127).

[2] *New-York chir. Society*, séance du 25 novembre 1891; *New-York med. Journal*, 1892, t. LV, p. 584.

[3] *La Terapia moderna*. Padova, 1892, n° 5, p. 235; et tirage à part. Feltre 1892.

En résumé tous ces faits sont à l'étude c'est pourquoi je me suis permis d'attirer sur eux votre attention, et cela d'autant plus que le chirurgien qui s'est décidé à faire la laparotomie, qui a trouvé des adhérences et qui les a détruites, peut être encore fort embarrassé au point de vue de la conduite à tenir vis-à-vis de la néoformation qu'il peut rencontrer, néo-formation tantôt purement inflammatoire, comme dans mon cas, tantôt néoplasique.

Dans ces derniers temps, on s'est surtout occupé des interventions opératoires dues aux perforations stomacales par ulcères simples, et à cet égard aux observations surtout allemandes relatées par MM. S. Pozzi et E. Ricklin [1] on peut en ajouter d'autres d'origine anglo-saxonnes et dues à Penrose et Lee Dickinson, Haward [2], Parsons [3], R. M. Simon et Gilbert Barling [4], William J. Haslam [5], Hastings Gilford [6]. Mais tous ces faits sont à côté de notre sujet et je me borne à les signaler ici.

Discussion.

M. Peyrot. Je pense que si les interventions dans les tumeurs de l'estomac se généralisaient, les faits analogues à celui que M. Terrier vient de communiquer perdraient de leur rareté. Il semble, en effet, démontré que beaucoup d'affections purement inflammatoires de l'estomac peuvent présenter tous les signes classiques du cancer. Les remarquables succès obtenus avec le chlorate de soude par les médecins et, en particulier, par M. Brissaud, paraissent devoir s'expliquer par cette confusion clinique entre ce qui est cancer et ce qui ne l'est pas. C'est là, il faut l'avouer, une situation fâcheuse et capable de faire reculer parfois devant une intervention.

M. P. Michaux. Je désirerais savoir de M. Terrier quel était l'aspect des lésions de voisinage et particulièrement des lésions hépatiques ? S'agissait-il d'adhérences inflammatoires, ou bien ces lésions se présentaient-elles sous l'aspect d'un véritable noyau néoplasique du foie. J'ai observé, en effet, au moins deux fois, des malades souffrant de la région cystique, que je croyais atteints de lésions biliaires calculeuses et chez lesquels j'ai été fort surpris, à la laparotomie, de trouver des noyaux blanchâtres, occupant la

[1] *Revue internationale de thérap. et de pharm.*, n°s 1 et 2. Paris, 1893.
[2] *Transact. of the clinical Society*. London, january 13, 1893.
[3] *Ac. Roy. med. Irland*, april 22, 1892 (2 cas).
[4] *British med. Journal*. London, 1892, t. I, p. 63 (2 cas); et 1893, t. I, p. 1258.
[5] *Ibid.*, 1893, t. I, p. 1044.
[6] *Ibid.*, 1893, t. I, p. 944.

face convexe et même la face inférieure du foie. Ces noyaux avaient, à l'œil nu, tout l'aspect des altérations cancéreuses du foie, elles faisaient, à la surface du foie, une saillie du volume d'une demi-noix; macroscopiquement, il n'y avait aucun doute à avoir sur la nature cancéreuse, or ces deux malades opérées depuis un an et demi et un an, ont été guéries de leurs douleurs par la simple laparotomie exploratrice, elles vont parfaitement bien aujourd'hui et il s'agissait évidemment là encore de lésions inflammatoires, d'aspect tout à fait semblable à celui de lésions cancéreuses et de faits, en somme, comparables à ceux qui nous ont été apportés par M. Terrier pour les tumeurs de l'estomac.

M. Terrier. Je ne puis pas admettre le raisonnement de M. Peyrot. Il est certainement fâcheux que les malades nous soient envoyés par les médecins alors que leurs lésions sont presque toujours inopérables. Il vaudrait bien mieux les voir de bonne heure et intervenir d'une façon précoce, même lorsqu'il existe quelques doutes sur la nature du mal.

Pour répondre à M. Michaux, je dirai que les adhérences que j'ai observées avaient l'aspect de simples adhérences inflammatoires.

Etude sur les luxations sous-astragaliennes en avant et en dehors,

Par M. Quénu.

Les luxations sous-astragaliennes ne me paraissent pas être très fréquentes, à en juger par le petit nombre de cas publiés.

En effet, en 1888, Stimson n'en réunissait que 27; depuis il n'a guère paru d'observations, celle de M. G. Marchant, en 1892, est, je pense, la seule qui ait été présentée à cette Société.

Parmi ces luxations, les unes sont latérales, les autres sont antérieures ou postérieures; ces dernières sont absolument exceptionnelles, nous en sommes toujours aux deux faits de Mac Donnel et Thierry pour les luxations en avant et aux deux faits de Parise et de Broca pour les luxations en arrière. Les luxations latérales sont donc de par leur fréquence de beaucoup les plus importantes et les plus intéressantes. Les luxations latérales internes se caractérisent par le déplacement de la tête astragalienne en dedans du tendon du jambier antérieur, sur le bord interne du pied. J'ai proposé, en 1883, de les appeler, à cause de cela marginales, par opposition aux luxations dorsales : ces deux appellations auraient pour avantage de supprimer la confusion où nous ont plongés les nomenclatures divergentes de Broca et de Malgaigne, perpétuées jusque dans les livres de Stimson et d'Hamilton.

Je laisse de côté les luxations marginales sur lesquelles je n'ai à présenter aucun fait personnel, et je ne veux m'occuper que des luxations dorsales en dehors, ou les obliques en dehors et en avant de Malgaigne. Dans ces luxations, l'astragale qui a conservé ses connexions normales avec la mortaise tibio-péronière, se déplace sur le calcanéum, soit en se projetant directement en dehors, soit en se portant à la fois en dehors et en avant, de manière à ce que la tête astragalienne repose sur la face supérieure du cuboïde. L'anatomie pathologique de ces luxations n'a été la plupart du temps reconstituée que d'après des données cliniques, aussi n'est-il pas étonnant que le mécanisme des déplacements reste obscur, et que la cause des irréductibilités demeure inconnue.

Et cependant, les occasions d'examen n'ont pas absolument manqué. Verneuil, Poinsot, Giraud, Marchant, ont extirpé des astragales pour des luxations sous-astragaliennes en dehors, d'autres peut-être avant ou après eux ; ils ne nous disent rien sur les lésions qu'ils ont constatées, sur la nature du déplacement, sur les causes probables de l'irréductibilité.

Nous avons tenté de combler cette lacune en rapprochant les observations que nous avons pu faire récemment au cours d'une opération d'astragalectomie de celles que la dissection d'une pièce anatomique nous avait suggérées en 1883[1] et en nous aidant de l'expérimentation cadavérique.

Voici d'abord l'histoire de la malade que nous avons observée il y a juste dix-huit jours :

Une femme, âgée de 63 ans, était montée sur une chaise qui bascula, la femme tomba sur ses pieds, mais la jambe droite s'engagea entre deux barreaux de la chaise : le pied fut ainsi fixé par ces deux barreaux parallèles, pendant que la malade était projetée du même côté que la chaise, la jambe avait tendance à faire avec le pied un angle à sinus interne, la femme resta debout mais ne put marcher, son pied étant dévié et la faisant horriblement souffrir.

Nous ne la vîmes que cinq jours après l'accident ; malgré un gonflement assez notable, on pouvait assez aisément reconnaître l'état des parties.

Le pied était dans l'adduction forcée, la pointe tournée en dedans, et de plus, dans l'extension. En suivant la face interne de la jambe on rencontrait, au niveau de la malléole interne peu appréciable, une sorte d'enfoncement, de dépression antéro-postérieure.

Au contraire, à la face externe du cou-de-pied, on arrivait en avant et au-dessous de la malléole externe sur une tumeur dure arrondie, comme enclavée, à fleur de peau et qui paraissait bien être l'astragale, les mouvements de flexion étaient passables : le calcanéum n'était pas

[1] Voy. *Progrès médical*, 1883, et *Bull. Soc. anat.* (à l'H)

en retrait ; nous fîmes le diagnostic de luxation sous-astragalienne oblique en avant et en dehors.

La malade étant anesthésiée par le chloroforme, des tentatives de réduction furent modérément faites en suivant les préceptes de Malgaigne, c'est-à-dire en tirant le pied étendu pendant que des pressions directes tendaient à refouler la tête astragalienne dans sa cavité.

Devant l'insuccès attendu de ces tentatives, j'incisai la peau, réséquai d'emblée une petite surface de 1 centimètre carré de peau nécrosée noire, et découvris la tête de l'astragale qui était sous la peau, au-dessus du ligament annulaire antérieur du tarse. Nous avons constaté que l'artère péronière bridait le col de l'astragale, elle n'était pas rompue comme dans l'observation de Verneuil[1], les tendons extenseurs étaient à leur place ainsi que les péroniers latéraux, il n'y avait aucun étranglement de la tête par ces tendons, on ne pouvait donc les accuser de former ensemble une boutonnière autour du col astragalien.

Le ligament péronéo-astragalien antérieur était parfaitement visible et intact, le pied étant dans l'extension, la poulie astragalienne montrait une partie de son cartilage et les facettes malléollaires de l'astragale faisaient un peu saillie en avant des malléoles, mais il n'y avait rien là que de normal.

Je saisis la tête de l'astragale avec le davier Farabeuf, sectionnai successivement les brides qui se présentaient, en particulier le ligament péronéo-astragalien antérieur et j'enlevai non l'astragale entier, mais les deux tiers ou les trois quarts antérieurs de l'os ; le quart postérieur séparé du reste par un trait de fracture étant retenu adhérent à la malléole interne par le ligament latéral interne demeuré intact, je coupai ce ligament et achevai l'enlèvement de l'os en libérant un troisième fragment auquel manquait encore le tubercule auquel s'insère le ligament péroneo-astragalien postérieur constaté intact.

Cette énucléation terminée, je cherchai à savoir quel obstacle m'avait empêché de réduire ; replaçant mon os, je constatai nettement que la face inférieure de la tête astragalienne contusionnée, ecchymosée, à cartillage fendillé, avait refoulé en bas et comme tassé dans sa cavité, le ligament annulaire antérieur du tarse qui, de convexe, avait pris une forme concave : ce ligament inséré solidement sur la face supérieure du calcanéum, tout le long du bord antérieur de la facette astragalienne du calcanéum se dédouble pour embrasser les tendons extenseurs, commun et jambier antérieur, il possède une grande épaisseur et une grande solidité, nul doute que, dans la plupart des cas, comme dans notre fait personnel, il doive résister : il est incontestable que chez notre malade il apportait seul, par son interposition entre la tête astragalienne et la cavité articulaire, un obstacle invincible à la réduction.

Examinons en effet les causes invoquées par les classiques dans les nombreux cas où l'irréductibilité a été observée.

Les faibles ligaments astragalo-scaphoïdiens sont rompus dans

[1] *Bull. Soc. anat.*, 1874.

notre observation comme dans celle de Carassus (*Journal de chirurgie*, 1845), leurs débris sont incapables de créer un empêchement quelconque à la réductibilité, comme le pensait à tort Desault.

Les tendons n'étranglaient rien, ils n'étaient même pas en contact étroit avec la tête luxée : que vaut la théorie de Dupuytren, qui accuse l'enclavement de l'onglet qui termine l'extrémité postérieure de l'astragale dans la rainure calcanéenne. Cet enclavement aurait été vérifié par Nélaton sur une pièce présentée à la Société anatomique, mais il s'agissait d'une luxation en dedans.

Sur notre pièce, disséquée en 1883, l'onglet et le tubercule de l'astragale avaient été arrachés du reste de l'os; sur celle que je vous présente, tout le quart postérieur de l'astragale est resté à sa place : il parait en avoir été de même dans l'observation de Verneuil, où l'astragale était fracturé en deux fragments, dont l'un, plus petit, profondément situé.

Il est évident pour nous que le seul obstacle à la réduction, c'est l'interposition entre la cavité articulaire et la tête astragalienne du ligament annulaire antérieur du tarse resté intact.

Pour mieux nous rendre compte du rôle que joue ce ligament dans l'irréductibilité des sous-astragaliennes, nous avons tenté de réaliser une de ces luxations sur le cadavre.

Nous y sommes arrivés de la manière suivante : le pied étant fixé par un étau et après avoir, au préalable, coupé les ligaments interosseux calcanéo-astragaliens, nous avons porté la jambe en dedans, de manière à la renverser latéralement sur ce pied ; nous nous sommes, on le voit, mis exactement dans les conditions très nettement expliquées par notre malade.

Or, voici ce qu'on observe si on tente ce mouvement de renversement, le pied étant dans l'extension : le ligament annulaire antérieur du tarse est alors tendu et l'espace qui reste entre le tibia et le bord épais postérieur de ce ligament est trop minime pour que l'astragale puisse exécuter son évolution en dehors. Si au contraire on fléchit fortement la jambe sur le pied, on relâche non seulement le ligament annulaire antérieur, mais encore les gaines postérieures de l'extenseur commun et du jambier antérieur, et dès lors un mouvement de torsion et de renversement du pied vers la jambe fait aisément glisser la tête astragalienne hors de sa cavité. J'en conclus que le ligament annulaire antérieur étant intact, la luxation en dehors ne peut se produire que dans la flexion forcée du pied sur la jambe; l'os luxé, les muscles entrent en contracture, là comme partout ailleurs, et de même qu'à l'épaule et dans les autres articulations, les plus puissants, les plus gros déterminent en partie l'attitude, rien d'étonnant à ce que dans le cas particulier, le triceps sural agisse principalement et que l'attitude ordinairement

observée soit l'extension; l'extension forcée du pied qui se serait opposée à la sortie de l'astragale, s'oppose à sa rentrée en tendant le ligament annulaire antérieur du tronc et en l'appuyant contre la face inférieure de la tête luxée, en soulevant pour ainsi dire celle-ci en haut et en dehors.

Aussi s'explique-t-on que dans une observation, celle de Crosse[1], citée par Malgaigne, la section du tendon d'Achille ait permis la réduction jusque-là impossible.

En résumé, voici quelle idée nous nous faisons de la production de cette luxation sous-astragalienne en dehors : le pied étant fixé dans une flexion forcée sur la jambe, l'adduction et la rotation de la rotule du pied en dedans amènent la tête de l'astragale dans un espace découvert par le relâchement du ligament annulaire antérieur du tarse, la tête se luxe ; alors la contraction réflexe des muscles produit l'extension du pied et fixe l'os dans son déplacement[2].

On peut m'objecter que notre malade étant dans le relâchement chloroformique, l'irréductibilité a persisté. Mais, conformément aux préceptes des classiques, en particulier de Malgaigne et d'Hamilton, nous avons tiré le pied étant dans l'extension. Or, cette attitude, avons-nous vu sur le cadavre, suffit en l'absence de toute action musculaire à rendre la réduction impossible.

Il est singulier que dans une même variété de luxations, les difficultés de réduction aient tellement varié ; chez un certain nombre de malades, on réduit facilement ; chez d'autres, comme dans les cas de Heg, Wells, Smith, Norris, Arnolt, Pergusson, Verneuil, Gérard-Marchant, etc., l'irréductibilité est absolue.

Raux fait des efforts inutiles pour réduire ; tout d'un coup, il réussit sans savoir pourquoi ni comment.

Cette étude me paraît comporter quelques conséquences pratiques. En présence d'une luxation sous-astragalienne dorsale, au lieu de tirer le pied, étant dans l'extension, on replacera au contraire les parties dans la position où elles étaient au moment de l'accident, c'est-à-dire qu'on exagérera la flexion du pied sur la jambe, et son adduction ; c'est alors qu'appuyant d'avant en arrière sur la tête de l'astragale, on ramènera progressivement le pied dans une attitude normale. Ces tentatives ayant échoué, on mettra l'os luxé à découvert et on pourra tenter la réduction en sectionnant préalablement le ligament annulaire antérieur du tarse avec

[1] Crosse, *Ranking's abstract. of the medical sciences*, 1849.

[2] Il est intéressant d'insister sur ces fractures qui accompagnent les luxations sous-astragaliennes, fractures déjà notées par Malgaigne, rencontrées dans le cas de Verneuil, dans le nôtre de 1883, dans le nôtre présent et dans celui de Gérard-Marchant, il s'opère de semblables arrachements portant surtout sur la partie postérieure et externe de l'astragale.

un ténotome contournant la tête astragalienne. Ces tentatives de conservation n'ont, bien entendu, leur raison d'être que si les parties molles n'ont pas été trop contuses, que si l'état de l'os ne laisse aucun doute sur sa vitalité, sinon il conviendrait, l'astragale une fois mis à découvert, de pratiquer d'emblée, l'ablation comme je l'ai fait, comme l'ont fait avant moi Verneuil, Arnolt, Barton, Poinsot, Gérard-Marchant et d'autres encore.

Lecture.

Contribution à la cure opératoire des fistules recto-urétrales,

Par M. Lejars.

Mémoire envoyé à l'examen d'une commission.

Présentation de malades.

Luxation irréductible du coude en arrière,

Par M. Walther.

Le blessé, présentant, dès les premiers moments de l'accident, l'irréductibilité de sa luxation, fut traité par l'arthrotomie. On trouva que la pointe de l'apophyse coronoïde avait été arrachée, qu'elle se rebroussait dans les tentatives de réduction et qu'elle venait s'interposer entre les surfaces articulaires.

Actuellement, vingt jours après l'arthrotomie, le blessé exécute des mouvements assez étendus, qui vont en s'améliorant rapidement.

Présentation de pièces.

Appendice iléo-cœcal,

Par M. Routier.

Cet appendice enlevé à froid présente ceci de remarquable qu'il avait été complètement sectionné dans une des crises précédentes; le malade avait 20 ans, et les accidents remontaient à l'âge de

8 ans. L'extrémité de l'appendice formait un bout libre, arrondi, suspendu à un repli formé par le méso.

Une place de membre titulaire est déclarée vacante.

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,
PEYROT.

Séance du 23 mai 1894.

Présidence de M. J.-L. CHAMPIONNIÈRE.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° *Considérations sur la chirurgie d'armée (de la méthode antiseptique dans les plaies par armes à feu, intervention chirurgicale sur les champs de bataille)*, par M. DEMMLER, membre correspondant (extrait de la *Gazette des hôpitaux*, 2 décembre 1893) ;

3° *Observation de péritonite tuberculeuse avec ascite traitée par la ponction et les injections de naphtol camphré ; valeur comparative de la laparotomie et de la ponction*, par le même *(Gazette des hôpitaux*, 14 avril 1894) ;

4° MM. BROCA, RICARD et VERCHÈRE demandent à la Société de les inscrire sur la liste des candidats au titre de membre titulaire ;

5° *Chirurgie abdominale*, par J. GREIG SMITH ; traduction sur la 4e édition, par M. Paul VALLIN. Un volume grand in-8° ; Paris, Steinheil, 1894 (hommage du traducteur) ;

6° *(a) Vaste abcès du foie à pus stérile ; incision large ; guérison ; (b) Absence complète du vagin ; création d'un vagin artificiel*, par M. P. VILLAR (de Bordeaux) (M. G. Marchant, rapporteur).

A propos du procès-verbal.

1° A propos de la discussion sur l'anesthésie combinée et sur l'anesthésie par l'éther.

M. Michaux. Je n'avais pas l'intention de mêler la discussion de l'anesthésie par l'éther à celle qui a été soulevée ici par notre collègue M. Segond sur l'anesthésie mixte par le bromure d'éthyle et le chloroforme.

Mais les communications de MM. Le Dentu et Quénu me font un devoir de vous rapporter les résultats de l'expérience que j'ai tentée depuis le mois de janvier 1894 dans le service de mon maître, M. Léon Labbé, à l'hôpital Beaujon.

L'anesthésie par l'éther a été employée dans une centaine de cas environ, toujours chez des adultes et pour les opérations de chirurgie courante, aussi bien pour les longues opérations comme des résections du genou, sutures de la rotule, cures radicales plus ou moins difficiles, que pour les petites interventions telles que incisions de phlegmons, de fistules, grattages, etc. Je n'ai pas jugé mon expérience suffisante pour employer l'éthérisation dans les opérations abdominales ; j'avoue cependant que je suis tout disposé à le faire.

Enfin me conformant aux données acquises, je n'y ai jamais eu recours dans les opérations sur la face, ni, en règle générale, chez les bronchitiques ou emphysémateux. Ces réserves faites, j'ai employé dans les cent anesthésies que j'ai pratiquées l'éther rectifié qui nous est fourni par la Pharmacie centrale.

Les premières fois même, j'ai employé l'éther non spécialement rectifié et je dois dire que je n'ai remarqué aucune différence appréciable, que je n'ai vu aucun accident imputable à la qualité inférieure de l'éther employé.

Cet éther de la Pharmacie centrale est purifié de la manière suivante : on le distille une première fois sur de la potasse caustique ; on le brasse ensuite avec un cinquième de son volume d'huile d'amandes douces. Puis après quelques heures de contact on le lave deux fois avec son volume d'eau distillée. On décante et après quatre ou cinq heures on rectifie avec un mélange à parties égales de chaux caustique et de chlorure de calcium. Les deux premiers cinquièmes de la distillation servent seuls à cette préparation et on a ainsi l'éther à 65° employé pour l'anesthésie.

Cet éther est administré à l'aide du masque de Julliard garni de gaze absorbante et recouvert de macintosh. Pour commencer, on verse en nappe 25 à 30 grammes d'éther et on applique presque im-

médiatement le masque pendant deux ou trois minutes. Au bout de ce temps, on verse encore 20 à 25 grammes; le malade ne tarde pas à s'endormir.

On verse alors fréquemment de petites doses pour entretenir le sommeil.

Pour une opération d'une demi-heure, on emploie environ 100 grammes d'éther; 150 grammes pour une opération d'une heure. Nous n'avons presque jamais dépassé 200 grammes. En procédant de la sorte le sommeil complet a été obtenu dans un temps qui a varié d'une minute à dix minutes; dans plus de la moitié des cas, ce temps n'a pas dépassé quatre minutes. A part trois ou quatre malades, tous les autres sont endormis en moins de six minutes. Tous ces chiffres ont été soigneusement notés et observés, et il ne me semble pas douteux que l'anesthésie n'ait été beaucoup plus rapidement obtenue qu'avec le chloroforme. Les alcooliques ont toujours plus de mal à s'endormir que les autres.

Chez presque tous les malades, il y a eu de l'agitation pendant une ou deux minutes, mais cette agitation n'est ni plus grande, ni plus longue que celle qui résulte de l'administration du chloroforme.

Le sommeil a toujours été très complet; il est remarquable par son caractère stertoreux, dû à l'abondance de la salivation et des sécrétions bronchiques. Les vomissements ont été observés assez souvent, mais il y en a plutôt moins que dans l'anesthésie chloroformique.

Le pouls est bien marqué, ample, fort pendant toute l'anesthésie. Souvent nous avons noté une légère cyanose de la face; deux fois seulement cette cyanose était assez accusée pour impressionner l'opérateur, mais dans ces deux cas l'éther avait peut-être été trop largement distribué. Ce sont les deux seules alertes que nous ayons observées; encore n'avaient-elles rien de semblable à beaucoup d'alertes chloroformiques, il a suffi de stimuler un peu le malade, de tirer la langue, de nettoyer le pharynx et de faire respirer de l'air pour voir disparaître des phénomènes plus inquiétants en apparence qu'en réalité.

Quant au réveil, il a toujours été rapide sauf chez deux adolescents qui ont continué à dormir pendant près d'une demi-heure. Il y a eu souvent des vomissements au réveil, mais nous n'avons jamais noté cette longue période d'intolérance gastrique qu'on observe chez beaucoup de chloroformisés et qui est parfois si pénible.

En résumé : anesthésie rapide, absence de choc, absence des alertes pénibles dans certaines chloroformisations, surtout nécessité de précautions moindres; tels sont les faits que j'ai observés et que je tenais à communiquer. La respiration bruyante est facilement entendue par le chirurgien, l'aide chargé de l'anesthésie

n'a qu'à maintenir la tête bien renversée en arrière et à surveiller les mouvements respiratoires.

Les faits que je viens de rapporter, conformes d'ailleurs à ceux qui ont été relatés par les chirurgiens lyonnais, par les opérateurs suisses, allemands et américains, conformes à ceux qui ont été communiqués à la dernière séance par MM. Le Dentu et Quénu, m'engagent à continuer l'expérimentation de l'éther comme agent anesthésique car son administration me paraît beaucoup *moins dangereuse*, *plus facile* et *plus rapide*.

M. Segond. Un mot seulement à propos de la communication que M. Villeneuve nous a faite dans la dernière séance. Il est dit dans ce travail que l'anesthésie par le brométyle exigeait entre les mains de l'auteur, en moyenne, quatre à cinq minutes. Une fois elle a demandé dix minutes. Des observations de ce genre ne peuvent pas être mises en parallèle avec les nôtres. Il est clair que le mode d'administration adopté par M. Villeneuve diffère totalement du mien, puisque, sur 443 opérations, j'ai obtenu l'anesthésie dans un temps qui n'a jamais excédé *une minute*. Je ne m'étonne pas, dans ces conditions, que les effets produits sur les malades soient différents de ceux que j'ai notés.

M. Monod. Dernièrement, à la suite de trois alertes au cours de la chloroformisation — dans l'une d'elles, pour le dire en passant, la respiration artificielle par le procédé de Laborde nous a tirés d'un fort mauvais pas — dernièrement donc je me suis décidé à pratiquer l'anesthésie par l'éther. J'avais été empêché de le faire surtout par la crainte d'y employer trop de temps. Je me rappelais avoir vu chez Gosselin des anesthésies interminables ; mais j'ai vite reconnu qu'ici encore, ce qui fait la longueur de l'opération, c'est l'usage vicieux de l'anesthésique. Si on l'emploie à petites doses, comme le faisait Gosselin et comme je l'ai d'abord fait moi-même, on met trente, trente-cinq minutes et plus à endormir le sujet. Si, au contraire, on verse d'un coup 15 à 20 grammes d'éther dans le sac à anesthésie, on arrive au même résultat en quatre à cinq minutes.

2° *Sur les laparotomies exploratrices dans les affections de l'estomac.*

M. Richelot. M. Terrier a rapporté, dans la dernière séance, des exemples de laparotomies entreprises pour des affections de l'estomac en apparence très graves, et il en a conclu : 1° qu'il faut inviter les médecins à nous confier promptement leurs malades paraissant atteints de cancer de l'estomac, parce que nous pouvons alors ou tomber

sur une tumeur opérable dans de bonnes conditions, ou trouver une affection tout autre qui simulait le cancer; 2° que la laparotomie peut faire cesser à peu de frais, par la rupture de simples adhérences ou même sans aucune manœuvre, un ensemble symptomatique qu'on attribuait à tort à une affection grave.

J'ai observé des faits analogues à ceux de M. Terrier. Je ne rappellerai pas une communication que j'ai faite ici en 1891, sur les effets curatifs de certaines laparotomies exploratrices, et dans laquelle j'avais surtout en vue les affections annexes. J'ai cité alors le cas d'une femme qui avait des lésions inflammatoires complexes du petit bassin, avec des adhérences étendues; elle souffrait terriblement et son état général était si mauvais que j'osais à peine y toucher, et que je me hâtai, après une courte incision, de constater le « processus fibreux » inextricable et de refermer le ventre. La malade fut merveilleusement guérie par cette minime intervention, elle reprit un métier fatigant, et plusieurs mois après je constatai la souplesse parfaite et l'indolence absolue de la cavité pelvienne.

Je n'insiste pas davantage, et je reviens à l'estomac. J'ai le souvenir de deux faits remarquables qui ont été consignés dans la thèse de M. Bentéjac (Paris 1888), sur les phénomènes nerveux qui succèdent aux opérations abdominales. Le 3 juin 1886, à l'hôpital Saint-Antoine, j'opérai un homme de 62 ans qui me paraissait avoir un rétrécissement cancéreux de l'œsophage, qui ne mangeait plus du tout et était dans un état pitoyable; mon but était de lui faire une gastrotomie. Mais, ayant ouvert l'abdomen, je trouvai un cancer diffus, en nappe, de toute la paroi antérieure de l'estomac; l'organe était tellement fixé dans le ventre qu'il m'était impossible de l'attirer vers la paroi pour établir une bouche stomacale. Je refermai le ventre; et, chose curieuse, le malade fut tellement amélioré par cette laparotomie fruste, qu'il se remit à manger, cessa de souffrir et quitta l'hôpital dans un état relativement très bon. Je le perdis de vue.

En juillet 1887, M. Rigal envoyait à l'hôpital Bichat un homme de 59 ans qui semblait atteint de sténose pylorique. L'histoire de ce malade était curieuse; franchement hystérique, il avait une hémianesthésie complète du côté gauche, et, depuis cinq ans, à la suite de l'absorption d'un verre de pétrole (?), des vomissements à peu près continuels. Douleurs légères, émaciation considérable, traitements variés et impuissants dans plusieurs services de médecine (Potain, Rigal, Peter). Il n'avait jamais eu ni hématémèse ni melœna; cependant M. Rigal lui attribuait un cancer de la région pylorique, ou tout au moins un rétrécissement. Je l'opérai le 26 août, et, par une incision épigastrique, je tombai sur un estomac parfaitement sain, dont le pylore était souple et normal, et que je replaçai

dans l'abdomen, après l'avoir bien examiné. L'influence de cette intervention fut extraordinaire : les vomissements disparurent absolument, la sensibilité revint dans tout le côté gauche, le régime lacté fut bien toléré, et le malade, gardé en observation jusqu'au 1er novembre, sortit de l'hôpital en parfait état.

M. Quénu. L'influence de la laparotomie purement exploratrice sur certains symptômes, tels que la dysphagie, par exemple, est des plus intéressantes ; mais la discussion engagée par M. Terrier ne vise pas les faits de cet ordre. Je pense que M. Terrier a voulu insister seulement sur la nécessité de faire des opérations exploratrices de bonne heure dans les cas douteux. J'ai eu plusieurs fois à me louer d'avoir suivi cette conduite, et tout récemment encore chez un malade atteint d'un cancer de l'estomac que l'on ne pouvait sentir, mais qui s'accompagnait d'un ganglion sur lequel notre attention avait été attirée tout d'abord. Je suis convaincu que dans la sténose simple ou cancéreuse du pylore, on pourra tirer le plus grand profit de ces explorations.

M. Terrier. Lorsque les médecins ont épuisé toutes les ressources de la thérapeutique sans profit pour leurs patients, on est évidemment autorisé à faire une laparotomie exploratrice, d'autant plus que ces opérations sont sans danger et que, même lorsqu'on ne va pas plus loin, elles procurent souvent ces améliorations étranges, inexplicables, dont on parlait tout à l'heure. L'exploration sera, du reste, le plus souvent le premier temps d'une intervention plus complète dont le plan varie suivant la lésion trouvée : lésion d'ordre inflammatoire, adhérences, ulcérations ou cancer de l'estomac.

M. Bouilly. A côté des cas guéris par une intervention plus ou moins complète, il ne faut pas oublier de citer ceux qui guérissent seuls. J'en ai vu deux très nets. Le premier, un jeune homme, présentait tous les signes objectifs et subjectifs du cancer. Son état alla en s'aggravant pendant cinq à six mois. Il paraissait atteint d'un cancer si avancé que M. Terrier, à qui je l'envoyai, le trouva inopérable. Ce garçon a pourtant guéri complètement sans intervention ; il a repris toutes ses occupations. L'autre malade était une femme de 37 à 38 ans, chez laquelle on observait, de même que chez le précédent, tous les signes du cancer de l'estomac : vaste plaque pylorique, vomissements, dénutrition, etc. Elle guérit comme lui d'une façon parfaite. Il y a donc un état inflammatoire sclérosique de l'estomac qui peut se terminer par la guérison spontanée. Peut-être l'intervention hâte-t-elle cette heureuse terminaison.

M. Terrier. C'est précisément ce que j'ai dit. Il y a des lésions

de l'estomac prises pour des cancers qui guérissent spontanément ; mais ne vous y fiez pas ! On disait aussi autrefois, pour l'appendicite, que l'intervention était inutile et que la maladie guérissait seule. Pour moi, lorsqu'il y a une lésion de l'estomac, il faut aller la voir. Quand on l'aura reconnue, on se comportera suivant les circonstances. On évitera de la sorte les accidents ultérieurs, et en particulier, dans l'ulcère de l'estomac, la péritonite par perforation.

Rapport.

Sur une observation de M. Calot (de Berck), intitulée : *Sur un cas de régénération presque intégrale de la moitié supérieure du fémur par le périoste conservé, et de reconstitution d'une articulation coyofémorale utile, à la suite d'une résection de la hanche.*

Rapport par M. E. Kirmisson.

Messieurs, l'observation de M. Calot (de Berck), dont je dois vous rendre compte, est relative à un jeune garçon de 12 ans, atteint de coxalgie droite depuis l'âge de 6 ans. Deux ans après le début des accidents, un premier abcès s'était développé à la région fessière ; un peu plus tard, un second, puis un troisième abcès se montrèrent à la face externe de la cuisse, et ces trois orifices fistuleux continuant à verser du pus en abondance, avaient réduit le malade à l'état le plus misérable, lorsque M. Calot pratiqua le 10 juillet 1891 la résection de la hanche.

Vu l'état avancé des lésions, cette opération fut extrêmement complexe. Le grand trochanter et le col du fémur étaient transformés en une bouillie sanieuse qui fut enlevée à la gouge. La tête séparée du col était fixée par des stalactites osseuses au fond de la cavité cotyloïde. Saisie avec un davier de Farabeuf, elle fut arrachée par un mouvement de torsion. Le fond de la cavité cotyloïde perforé n'était plus qu'un séquestre presque entièrement séparé du reste de l'os. L'ayant fait basculer avec des ciseaux mousses fermés, M. Calot put l'enlever avec le doigt. Mais les lésions s'étendaient encore plus loin sur l'os iliaque, et il fallut faire sauter une rondelle osseuse de près de deux centimètres de longueur sur le tissu sain.

Du côté du fémur, les lésions étaient bien plus considérables encore. « L'os avait subi, sur près de la moitié de sa hauteur, une véritable mortification. La cavité médullaire était très agrandie ; la moelle fongueuse présentait de ci de là de petits foyers caséeux. Le tube osseux qui l'entoure mesure à peine 1 millim. 1/2 d'épaisseur

il est brunâtre, lisse, entièrement libre sur sa face externe. A la face profonde de la gaine périostique, le doigt perçoit de petites plaques de consistance fibro-cartilagineuse. »

La tige osseuse nécrosée fut enlevée par tranches successives, et l'on fut conduit à supprimer ainsi près de la moitié de la diaphyse fémorale, c'est-à-dire 16 centimètres, le fragment laissé en place mesurant 18 centimètres. La gaine périostique fut ménagée sur toute sa hauteur, bien qu'elle présentât de petites perforations répondant aux trajets fistuleux et à des foyers caséeux qui s'étaient développés dans son épaisseur. Ces petits foyers furent grattés, et la plaie fut fermée, mais en partie seulement.

L'opération avait duré moins de trois quarts d'heure et la perte de sang avait été minime. Néanmoins, sur un malade aussi affaibli, le choc opératoire fut énorme, et, pendant vingt-quatre heures, la température oscilla entre 35° et 35°,5. Mais le surlendemain, la température remontait à 37° pour ne plus cesser d'être normale. La suppuration fut insignifiante, M. Calot pratiqua dans le foyer opératoire des injections de naphtol camphré et de glycérine iodoformée. Six semaines après l'intervention, la totalité de la plaie était fermée, à l'exception d'un point situé à son extrémité inférieure, au niveau de la partie moyenne du fémur. Au bout de deux mois, le petit malade quittait l'hôpital, son membre immobilisé au moyen d'un appareil silicaté, dans lequel on avait pratiqué une fenêtre pour permettre le pansement de la fistule existante.

L'appareil silicaté fut conservé pendant six mois ; à ce moment, c'est-à-dire huit mois après l'opération, l'enfant commença à se lever et à marcher à l'aide de béquilles. La fistulette se tarit définitivement quatorze mois après l'intervention. A peu près au même moment, l'enfant abandonnait ses béquilles, se sentant capable de marcher avec le seul appui d'une canne.

Messieurs, l'intervention chirurgicale dont je viens de vous rendre compte est intéressante par l'étendue qu'il a fallu donner à la résection du côté du fémur, aussi bien que sur l'os iliaque, et par le prompt rétablissement du malade. Mais ce qui est bien plus intéressant encore, c'est que M. Calot a pu revoir son petit opéré deux ans et demi après l'intervention et constater chez lui une reproduction osseuse et un résultat fonctionnel des plus remarquables. Il marche facilement avec une simple canne et peut faire des courses très prolongées. Il porte une chaussure spéciale mesurant au talon 7 centimètres de hauteur, et 2 cent. 1/2 à la pointe, vu l'équinisme compensateur qui s'est produit. Le raccourcissement total du membre mesure en effet 10 centimètres. Tandis que la mensuration fournit pour le membre inférieur gauche 82 centimètres, le droit mesure seulement 72 centimètres. Cherchant à déterminer la part qui re-

vient au tibia et celle qui revient au fémur dans ce raccourcissement, M. Calot trouve pour le tibia et le talon 2 centimètres, et 8 centimètres pour le fémur. Au lieu de la tige osseuse de 18 centimètres de longueur que le chirurgien avait laissée en place il y a deux ans et demi, il y a maintenant un fémur mesurant 34 centimètres et demi, c'est-à-dire qu'il y a un os de nouvelle formation de 15 centimètres et demi de longueur.

Quelle est la part qui revient dans cette reproduction osseuse au périoste, et celle attribuable au cartilage de conjugaison inférieur du fémur; c'est ce que cherche à établir M. Calot en se guidant sur les notions qui nous ont été fournies par les beaux travaux de M. Ollier.

Depuis l'époque de l'opération, le fémur sain s'est accru en longueur de 6 centimètres; or, M. Ollier nous a appris que le cartilage de conjugaison inférieur a une fertilité double de celle du cartilage de conjugaison supérieur. C'est donc 4 centimètres d'os que le cartilage de conjugaison inférieur a produit depuis deux ans et demi. Il est rationnel d'admettre que l'accroissement par le cartilage de conjugaison inférieur du côté malade a été le même. Il resterait donc 11 centimètres et demi représentant la reproduction osseuse due au périoste conservé au moment de l'opération.

Ces données fournies par le raisonnement sont d'ailleurs confirmées par l'exploration clinique. En explorant avec attention la région opératoire, on arrive à sentir, malgré l'épaisseur des parties molles que le fémur est formé de deux segments de grosseur inégale; le segment inférieur plus long a un diamètre presque double de celui du segment supérieur. Leur soudure s'établit à 12 centimètres au-dessous du bord supérieur du grand trochanter. Il est donc bien certain qu'il y a eu une reproduction osseuse importante aux dépens du périoste conservé. Un autre point d'un grand intérêt, c'est la reconstitution d'une articulation coxo-fémorale presque normale au point de vue des fonctions. La flexion peut être portée spontanément jusqu'à l'angle droit, et par un léger effort, on arrive à l'augmenter encore de 45°. L'extension est complète. L'adduction mesure également une étendue presque normale; l'abduction elle-même atteint près de 50°. Le malade peut, non seulement croiser les jambes l'une sur l'autre, mais encore s'asseoir, se baisser pour ramasser un objet, etc.

Cherchant à déterminer la cause du beau résultat orthopédique que lui a fourni la résection dans ce cas particulier, M. Calot n'hésite pas à le mettre sur le compte du périoste conservé, en dépit des trajets fistuleux qui le traversaient par place, en dépit des foyers caséeux logés dans son intérieur. M. Calot a suivi la conduite recommandée par M. Ollier. Loin de chercher la réunion

immédiate, il a laissé la plaie ouverte, de façon à pouvoir modifier par un traitement convenable (naphtol camphré, glycérine iodoformée) le foyer opératoire. L'application prolongé d'un appareil silicaté a contribué à donner au fémur une longueur suffisante, en empêchant la rétraction trop considérable de la gaine périostique, tandis que le malade s'étant mis à marcher dès le huitième mois, a favorisé la mobilisation de la jointure et la reconstitution de l'articulation sur son type normal.

Sans doute c'est à la conservation du périoste qu'il faut attribuer le beau résultat obtenu par M. Calot; mais il est deux circonstances qu'il ne faut pas perdre de vue; c'est d'abord l'âge du sujet, puis l'état du périoste et de l'os lui-même au moment de l'opération. Le petit opéré de M. Calot avait douze ans, chez lui donc, le périoste était en pleine activité, en outre il existait une nécrose étendue de la diaphyse fémorale; le périoste était de toutes parts détaché de l'os sous-jacent, et déjà l'on constatait dans son épaisseur des plaques fibro-cartilagineuses, indices d'un travail de reproduction osseuse; cette irritation du périoste est en effet la circonstance la plus favorable quand on cherche à obtenir par unerésection sous-périostée la régénération osseuse.

Messieurs, l'observation de M. Calot présente un très haut intérêt tant au point de vue de l'étendue des parties réséquées que sous le rapport de la régénération osseuse. Je vous propose d'adresser nos remercîments à l'auteur, et de l'inscrire en un rang très honorable sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

Discussion.

M. Schwartz. A propos du cas de notre confrère le Dr Calot, je rapporterai une observation de résection de la hanche où la longueur du fémur réséquée fut de 12 centimètres et qui s'est terminée par la guérison complète.

M. F.-R... âgé de 15 ans, m'est adressé en novembre 1889, par mon cher collègue Terrillon qui me demanda de le voir avec lui et de l'opérer s'il y avait lieu.

Cet enfant a commencé à souffrir il y a sept ans de douleurs sourdes dans la partie supérieure de la jambe gauche et dans le genou. En 1883, un an après, il se forma un abcès froid au niveau de la hanche. Cet abcès fut ouvert accidentellement par un coup de pied de cheval.

En 1884, tous les signes d'une coxalgie avec suppuration et fistule existant, il est amené à Nancy où on l'opère en lui faisant un grattage des foyers tuberculeux et des fistules. Le traitement dura jusqu'en 1887, époque à laquelle le petit malade fut renvoyé dans sa famille. A partir de ce moment les douleurs deviennent de plus en plus fortes et l'impo-

tence complète. La hanche augmente beaucoup de volume en même temps que la cuisse se fléchit sur le bassin; il se forme des trajets fistuleux, un premier au niveau de l'anus, trois autres à la face externe de la hanche, un cinquième dans le pli génito-crural, un sixième enfin à la partie inférieure de la région lombaire près de la crête iliaque; il en sort bientôt un petit séquestre.

Les douleurs en arrivent à un tel point que depuis deux ans l'enfant reçoit 2 à 3 injections de chlorhydrate de morphine de 1 centigramme à 1cgr,5 chaque fois.

L'examen actuel nous montre au point de vue de l'état général un garçon assez bien développé, mais maigre, les traits tirés et fatigués, le teint un peu subictérique et terreux. L'appétit est nul ou à peu près. Pas de sucre ni d'albumine dans les urines.

Le thorax est criblé de cicatrices furonculeuses dont les piqûres ont à un moment donné été le point de départ.

Voici quel est l'état local. La cuisse amaigrie, atrophiée est fléchie sur le bassin, en adduction et en rotation en dedans. La hanche est augmentée de volume, de même que la fosse iliaque externe gauche. La jambe atrophiée peut s'étendre complètement sur la cuisse. Au niveau de la région trochantérienne remontée vers la crête iliaque, se trouvent trois fistules qui donnent accès à des cavités remplies de fongosités et à des os dénudés; deux autres fistules se trouvent au niveau du pli inguinal; deux autres au niveau de l'anus à gauche, celui-ci est infundibuliforme par suite du retrait inflammatoire de toute la moitié gauche des fesses. Toutes laissent s'écouler un pus sanieux et infect, en grande abondance. On constate nettement que la cuisse est luxée sur le bassin, que la tête du fémur comme augmentée de volume se trouve en rapport avec la fosse iliaque externe; il est possible de lui imprimer quelques mouvements excessivement douloureux de rotation et d'adduction. Le cas n'était pas tentant. Toutefois considérant la bonté relative de l'état général, malgré ces suppurations multiples et prolongées, l'absence d'albumine et le jeune âge du sujet, considérant en outre que c'est un enfant perdu si on ne le débarrasse pas de ce foyer de suppuration profuse, mon collègue Terrillon et moi convenons de l'opérer et de tenter la résection de tout ce qui est malade.

17 novembre 1889. Sous chloroforme, incision de 15 centimètres contournant le grand trochanter jusque dans la fosse iliaque externe. On arrive rapidement sur la tête du fémur qui est volumineuse mais friable, l'écorce seule résiste, tout son intérieur est rempli de fongosités qui se prolongent dans le grand trochanter et dans le corps même du fémur.

C'est une véritable ostéomyélite ou plutôt médullite tuberculeuse se prolongeant très loin dans le canal médullaire de l'os.

Résection de 12 centimètres du fémur comprenant la tête, le col et la partie supérieure de la diaphyse. On prolonge l'opération en bas en curettant tout l'intérieur du canal médullaire sur une longueur de 5 à 6 centimètres jusqu'à ce qu'il paraisse qu'on arrive sur des tissus sains. Ablation de fragments nécrosés et cariés de l'ancienne cavité cotyloïde

déshabitée, dont le bourrelet est détruit en arrière et qui fait un avec la cavité pathologique iliaque qu'on gratte. Curettage d'un vaste abcès sous-fessier et de diverticules se dirigeant vers l'anus et l'aine. Cela fait, hémostase de cet énorme foyer traumatique et bourrage après attouchement au chlorure de zinc au 12 avec de la gaze iodoformée peu chargée. Ouate et bandes. Le membre est étendu mais reste sans aucun appareil, si ce n'est celui constitué par les bandes de tarlatane et l'ouate.

Au bout de trois semaines quand l'énorme plaie commence à se combler, appareil moulé en gutta-percha prenant la cuisse et le bassin, traction sur la jambe en abduction de 2 à 3 kilogrammes.

L'appareil reste en place pendant six semaines. Au bout de ce temps presque tout est comblé et il ne persiste qu'une fistule anale et une trochantérienne qui expulse des sequestres en mars.

L'enfant s'en va à la campagne en avril avec un appareil en cuir moulé constitué par une ceinture pelvienne, puis un cuissard avec tuteurs articulés permettant les mouvements ou l'immobilité. Le raccourcissement est au moment du départ de 6 centimètres au lieu de 10 après l'opération.

Le 22 juillet je reçois de notre petit opéré une lettre où il m'annonce que tous les trajets sont fermés, il marche sans son appareil et peut faire sans fatigue, un kilomètre. Un mois après nouvelle lettre confirmant l'excellent état général avec demande de retourner à son lycée à la rentrée des classes. Depuis qu'il a été opéré, la morphine a été peu à peu, puis définitivement supprimée.

M. Monod. Je voudrais savoir comment a été traité le malade de M. Calot après la résection. Dans trois opérations de ce genre, j'ai été fort ennuyé par l'extrême mobilité qui persistait du côté de la hanche. J'ai pris pour règle de ne pas laisser lever les malades avant qu'ils puissent détacher le talon du lit. Ce résultat se fait attendre fort longtemps. Ainsi, un de mes opérés a dû rester un an au lit. Un autre, opéré en novembre dernier, est encore incapable de détacher le talon. Chez le troisième, opéré depuis plus de deux ans et perdu de vue depuis six mois, l'articulation de la hanche, lorsque je l'ai examiné pour la dernière fois, n'était pas assez solide pour permettre la marche. Je sais que M. Calot l'a placé dans un appareil plâtré en abduction extrême, position qui, d'après lui, est des plus favorables à la consolidation.

M. Kirmisson. Le malade dont j'ai entretenu la Société de chirurgie a quitté Berck au bout de deux mois avec un appareil silicaté muni d'une fenêtre qui permettait de faire des injections dans les trajets. Il s'est levé sans appareil au bout de huit mois. L'appareil inamovible a évidemment contribué à maintenir au membre sa longueur. J'ai signalé comme ayant favorisé sans aucun doute la restauration rapide de l'os dans de bonnes conditions, les points

cartilagineux rencontrés dans la gaine périostique. Ce malade exécute actuellement des mouvements très voisins de l'amplitude normale. Ce fait est évidemment des plus heureux. Comme l'a dit M. Monod, c'est l'extrême mobilité du membre qui est surtout à à craindre, d'où la nécessité de maintenir longtemps les malades soit au lit, soit dans un appareil inamovible. Pour ce dernier, je craindrais de l'appliquer dans une abduction extrême. J'aurais peur de favoriser la rétraction du membre.

M. Schwartz. Mon malade a été traité pendant plusieurs mois par l'extension continue. Il a porté ensuite un appareil constitué par une ceinture pelvienne et un tuteur latéral.

Communication.

Sur une pièce de monnaie retenue pendant sept jours dans l'œsophage d'un enfant de 4 ans,

Par M. Felizet.

Un enfant de 4 ans, Marcel Ripplinger, 7, rue de la Mouzaïa, avale, en jouant, une pièce d'un sou, le vendredi 27 avril, à six heures du soir. Il est pris aussitôt d'une crise de suffocation qui ne dure pas, et c'est à pied qu'il se rend dans une pharmacie où on lui administre un émétique. Il absorbe sans difficulté une dose de sirop d'ipéca dans un grand verre d'eau et vomit aussitôt le contenu de son estomac, comme si l'œsophage était parfaitement libre.

On nous l'amène à l'hôpital Tenon, le samedi matin. L'enfant est pâle et se plaint de souffrir à deux travers de doigts au-dessus de l'ombilic, d'une douleur que la pression de l'épigastre paraît exaspérer.

La palpation du ventre, en ce point et ailleurs, palpation facile chez un sujet petit et plutôt maigre, ne nous apprend rien de particulier.

L'enfant boit, devant nous, avec aisance et l'auscultation de l'œsophage ne révèle aucun bruit pouvant dénoncer l'existence d'un obstacle quelconque, entre le pharynx et l'estomac.

Nous conseillons qu'on lui fasse prendre une grande quantité de bouillie de farine et de pois, repas qui sera suivi de doses d'huile de ricin, répétées d'heure en heure.

Les selles ont été abondantes, mais le sou n'a pas été rendu.

Le lundi, l'enfant n'a pas souffert et a mangé comme d'habitude.

La nuit du lundi au mardi a été agitée ; la souffrance localisée à

l'estomac a reparu et, le matin, la douleur s'étant, au dire de la mère, portée au bas-ventre, l'enfant n'a pas pu uriner. Nous rappelant un fait analogue dans lequel nous avions eu l'occasion de retrouver, au-dessus de l'anus, une pièce de monnaie avalée deux jours auparavant, nous pratiquons le toucher rectal.

Nous ne rencontrons rien ; l'exploration par le sachet abdominal de l'S iliaque et du reste de l'intestin ne nous fait rien percevoir.

Prescription d'une seconde purgation.

Le mercredi (nous sommes au cinquième jour de l'accident), on nous amène l'enfant qui ne peut plus avaler et qui régurgite devant nous des débris d'aliments avalés la veille.

Une tige de baleine montée, engagée doucement dans l'œsophage, s'arrête à 20 centimères des incisives médianes supérieures.

Sans insister, nous nous contentons de prescrire du bromure de sodium en lavement, en raison de l'état de nervosité du petit malade et de son bon état général. Mais le lendemain, jeudi, sixième jour de l'accident, la situation a changé : l'enfant nous arrive pâle, agité, anxieux. Il accuse une douleur atroce vers le milieu du sternum. Il salive abondamment. Le pouls est faible et précipité.

La grande pince courbe de Collin, engagée dans l'œsophage, rencontre à 22 centimètres des incisives et à 12 centimètres du cartilage cricoïde, c'est-à-dire à peu près à la jonction du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs de l'œsophage , un obstacle résistant, contre lequel la pince se heurte.

Nous nous préparons à agir le lendemain matin. Le vendredi matin, l'enfant est si mal que nous avons regret d'avoir autant attendu. L'impossibilité de boire a été absolue depuis trente-six heures.

La douleur retro-sternale s'est accentuée et le petit malade accuse maintenant une douleur sourde, dans un point du dos qui correspond à la sixième vertèbre dorsale.

L'accident remonte donc à sept jours. L'impossibilité de boire, ainsi que l'exploration directe, nous apprend que l'enclavement du corps étranger est complet.

Cet enclavement est aggravé, à n'en pas douter, par une réaction inflammatoire que nous révèlent l'exacerbation de la douleur retro-sternale et l'apparition de la douleur dans le dos.

L'expulsion spontanée a été prouvée impossible. Le refoulement dans l'estomac, manœuvre qui procurerait, non pas la guérison, mais l'ajournement du danger actuel, ce refoulement est impraticable, en raison du rapport qui existe entre les dimensions de l'orifice cardiaque du canal œsophagien chez un aussi petit sujet et le diamètre du corps étranger retenu.

Quant à l'œsophagotomie externe, opération bien réglée, grâce à laquelle plusieurs d'entre vous ont pu, chez des adultes, soit atteindre directement des corps étrangers, soit se frayer au travers de la boutonnière œsophagienne une voie raccourcie et rectiligne, pour l'atteindre et le saisir, au-dessous de l'incision, au lieu d'élection, quant à l'œsophagotomie externe, je ne crois pas qu'il soit possible de l'exécuter sur un enfant de quatre ans, chez lequel le segment cervical de l'œsophage ne mesure que 2 centimètres, et surtout quand l'ouverture d'un conduit aussi exigu en ce point, ne constituerait, au fond d'une brèche profonde, que le premier temps de la poursuite d'un corps étranger arrêté beaucoup plus bas.

C'est, à vrai dire, à la gastrotomie que je me sentais entraîné par les événements qui se précipitaient, l'ouverture de l'estomac devant avoir, dans mon esprit, pour objet, non seulement d'alimenter le petit malade, mais d'aller chercher au delà du cardia et d'atteindre par en bas le corps étranger qui nous menaçait des plus graves complications.

Mais, avant de recourir à cette extrémité il me parut sage de faire, comme on dit, des tentatives de conciliation avec le mal et c'est précisément la simplicité extrême et la bonne réussite de ces tentatives qui donnent de l'intérêt à ce fait et fournissent l'excuse de la longueur de ce récit.

Ainsi, pendant sept jours, la pièce, placée *de champ*, avait laissé passer les bouillies, les aliments et les breuvages, elle n'avait pas obstrué les vomissements, le disque formant une simple cloison longitudinale.

Maintenant, tout était changé et le sou, en se retournant, constituait un obstacle absolu, opercule fixe, qui ne gênait pas seulement l'œsophage dans sa fonction, mais le menaçait dans l'intégrité de ses parois distendus par le gonflement de la muqueuse, par l'imminence de l'ulcération de ses tuniques et par le danger d'un phlegmon du médiastin. Aucune position ne pouvait être plus dangereuse pour le malade ni plus difficile pour le chirurgien.

Une sonde urétrale de forme béquille, engagée franchement, rencontre à 22 centimètres des incisives une résistance absolue.

Mais bientôt, il est possible, grâce à de petits mouvements de rotation imprimés à la sonde, d'en porter le bec, coudé à 45° comme on sait, contre le pourtour du disque et de refouler doucement le bourrelet inflammatoire qui le sertit.

Bientôt la sonde dépassant le sou descend aisément et un bruit caractéristique nous avertit qu'elle plonge dans l'estomac.

Entre l'obstacle et le cardia nous estimons que la distance est de 5 centimètres environ.

Notre plan fut alors celui-ci :

Injecter dans l'estomac une dose de sirop d'ipéca dissous dans une grande quantité d'eau tiède et attendre le vomissement, en laissant à demeure la sonde, sur la surface lisse et droite de laquelle la pièce de monnaie refoulée de bas en haut, pourrait dans une certaine mesure glisser.

En fait, le sou fut expulsé, mais le mécanisme de l'expulsion différa quelque peu, comme vous l'allez voir, du plan que nous avons combiné.

A peine 120 grammes de ce liquide avaient-ils été injectés dans le segment inférieur de l'œsophage et dans l'estomac, avant que l'ipéca ait eu le temps d'agir, l'enfant fut pris d'une nausée irrésistible.

Nous sentîmes alors que la sonde était puissamment serrée et en même temps que, quand on la tirait elle amenait « quelque chose ».

C'était le sou et le vomissement donnait à la migration du corps étranger un renfort soutenu, dont les doigts avaient conscience. Dans ce travail, nous avons pu nous en assurer, le bord du disque était arc-bouté contre l'œil de la sonde, qui le soulevait et le dirigeait.

Quand le tout eut atteint le bas du pharynx, le vomissement poussa au dehors la pièce de monnaie et le liquide injecté : l'enfant était débarrassé.

Le petit procédé que nous venons de décrire serait certainement inefficace dans les cas d'engagement de corps étrangers anfractueux au fond de l'œsophage.

Nous pensons qu'il pourra être employé avec profit, et sans attendre aussi longtemps que nous l'avons fait, dans les cas de corps étrangers lisses tels que les pièces de monnaie, les boutons, les billes, les haricots et en général les masses lisses dont la surface n'est pas susceptible d'accrocher la muqueuse et de résister à la propulsion de bas en haut, telle que la peuvent réaliser les injections en aval de l'obstacle.

C'est pour cela que nous vous avons soumis cette petite observation.

Présentation de malades.

1° *Suture du nerf médian datant d'une année*, par M. Cahier.

2° *Luxation latérale externe incomplète du coude datant de trois ans ; résection du coude*, par M. Lejars.

3° *Adénome de la paroi postérieure de l'estomac, etc.*,

Par M. CHAPUT.

Cet homme, âgé de 64 ans, présentait depuis neuf mois tous les signes d'un carcinome stomacal y compris la tumeur épigastrique et les vomissements sanglants. Il était très cachectique quand je le vis et je ne me décidai à l'opérer que parce que la tumeur occupait les faces de l'organe et non pas l'orifice pylorique dont la résection présente une gravité toute spéciale. Je fis le 10 avril la laparotomie médiane et je trouvai l'estomac distendu par une tumeur énorme; la paroi antérieure fut incisée dans l'axe sur une longueur de 12 centimètres; je tombai alors sur la tumeur insérée sur la paroi postérieure de l'estomac par un pédicule court, mince et large...; avec de longues pinces, je saisis la paroi postérieure de l'estomac et j'excisai la tumeur. Le péritoine était ouvert, je le suturai à deux étages séro-séreux et un étage muco-muqueux. L'incision antérieure fut suturée de la même façon.

Suture hermétique de la paroi... Guérison rapide. Depuis lors le malade a engraissé de 6 kilogrammes, il mange comme tout le monde et a très bonne mine.

La tumeur était un adénome; elle mesurait 15 centimètres de longueur sur 10 de largeur et 8 d'épaisseur.

Présentation de pièces.

1° *Kystes hydatiques multiples de l'épiploon et du petit bassin.*

M. MONOD présente des kystes hydatiques multiples, enlevés par laparotomie du ventre d'une femme de 42 ans, déjà opérée par lui, il y a quatre mois, d'un kyste hydatique suppuré du foie.

Ces tumeurs, au nombre d'une vingtaine, siégeaient pour la plupart dans le grand épiploon, dans les mailles duquel elles étaient suspendues comme des fruits sur un arbre. D'autres plus volumineuses occupaient le petit bassin dont elles n'ont pu être extraites qu'avec peine à cause des adhérences nombreuses et fermes qui les unissaient soit au ligament large, soit à l'ovaire et à l'utérus, soit encore à l'intestin.

Une de ces poches a crevé dans les efforts de décortication. Une deuxième, profondément enfouie dans le cul-de-sac de Douglas, a été laissée en place. Elle sera attaquée plus tard par le vagin, dans lequel elle fait une saillie, aisément appréciable par le toucher.

Discussion.

M. Bouilly. J'ai opéré en 1886 une malade dont j'ai présenté ici les pièces. Elles étaient absolument semblables à celles-ci. L'épiploon donnait insertion à une série de poches qui pendaient sur son bord libre. Il y avait, en outre, des poches libres dans l'abdomen. L'une d'elles occupait le cul-de-sac recto-vaginal. La rate elle-même était kystique. Dans une première intervention, je réséquai l'épiploon et enlevai les kystes libres dans l'abdomen, sauf celui du cul-de-sac recto-vaginal qui fit l'objet d'une deuxième opération. Le kyste de la rate fut traité et guéri par l'injection de sublimé. Un des kystes, pendant ma première opération, s'était rompu et avait versé son contenu dans l'abdomen. La généralisation des kystes, que l'on pouvait craindre après cet accident, ne s'est point montrée.

M. Schwartz. J'ai eu l'occasion, il y a cinq ans, d'enlever aussi des kystes multiples de l'abdomen; mais l'un d'eux, énorme, remplissait presque toute la cavité abdominale et refoulait les autres. J'approuve absolument la conduite tenue par M. Bouilly vis-à-vis du kyste qu'il avait trouvé dans le cul-de-sac recto-utérin. J'ai guéri moi-même, il y a quelques mois, par la ponction, une jeune fille de 16 ans atteinte d'un kyste recto-utérin qui avait déterminé une rétention d'urine.

M. Verneuil. Je note avec intérêt cette combinaison de deux procédés qui chacun trouvent leur indication spéciale. J'ai moi-même, avec Dechambre, traité un kyste hydatique du bassin par la ponction avec mise à demeure d'une grosse sonde chez une jeune fille de 14 ans.

M. Michaux. J'ai observé trois cas semblables à ceux dont il vient d'être question. Chez un premier malade déjà opéré par M. Berger, je pus énucléer un kyste de la région rénale et un autre du petit bassin. J'ai vu guérir, après une laparotomie exploratrice, un second malade, une jeune fille qui, à la suite de la ponction d'un kyste du foie, avait eu tout l'abdomen envahi par une multitude de kystes. Enfin j'ai vu un jeune homme atteint d'hydatides généralisées; il en avait dans tous les organes; je me suis laissé entraîner à intervenir du côté de l'abdomen. L'opéré a succombé. Je me suis demandé souvent si la ponction des kystes hydatiques n'exposait pas à ces généralisations.

M. Le Dentu. Il y a deux ans, me trouvant en présence de kystes hydatiques multiples de l'abdomen, j'ai enlevé les plus volumineux et les plus faciles à extirper. J'en ai laissé beaucoup de petits. Le

malade a quitté le service guéri en apparence, et comme je ne l'ai pas revu, j'espère qu'il l'aura été réellement. Peut-être les manipulations de la laparotomie suffisent-elles à troubler la vie des hydatides.

M. Championnière. Lorsque les hydatides sont multiples, on n'est pas toujours aussi heureux que l'a été M. Le Dentu. Si les malades survivent à l'opération, et beaucoup y succombent, ils meurent plus ou moins tardivement après le développement d'hydatides nouvelles. Chez un jeune Russe à qui j'avais enlevé par la laparotomie des kystes de l'abdomen, j'ai trouvé à l'autopsie des hydatides dans tous les organes : foie, rate, poumon, etc. Il n'avait jamais été ponctionné.

M. Peyrot. J'ai autrefois observé au Muséum, dans le laboratoire du professeur Gervais, plusieurs singes atteints d'hydatides généralisées à tout l'abdomen. Je n'ai pas besoin de dire qu'ils n'avaient pas été ponctionnés.

2° *Deux moignons d'amputation ostéoplastique de Gritti,*

Par M. Le Dentu.

Résultat tout à fait satisfaisant ; les malades marchaient parfaitement en s'appuyant carrément sur le bout du moignon. La rotule était parfaitement soudée à l'extrémité du fémur.

3° *Tumeur myéloïde du pied et pièce sèche obtenue après la préparation du squelette du pied,*

Par M. Le Dentu.

Tumeur du volume de deux poings siégeant sur la face dorsale du pied droit et développée surtout du côté externe. Ferme, élastique, présentant aux points d'adhérence avec le pied une consistance dure franchement osseuse, la tumeur fait intimement corps avec les parties sous-jacentes. Elle est recouverte d'une peau fine non adhérente où se voient quelques poils très longs, anormalement développés. A sa partie la plus saillante, elle présente une ulcération d'un rouge vif dont les bords sont entourés par la peau qui semble à ce niveau amincie et comme usée.

Une section verticale et transversale de la tumeur montre qu'elle est formée d'un tissu gélatineux très dense, gris rosé, translucide. Des tranches de ce tissu, épaisses de 5 millimètres et larges de plusieurs centimètres, se tiennent rigides, sans présenter ni hernie, ni creusement de leur surface. Vers la profondeur, à peu près au

niveau de la place des métatarsiens, on rencontre une cavité kystique, du volume d'un œuf, tapissée d'une sorte de muqueuse lisse donnant au toucher la sensation du velours. Cette cavité est remplie d'un liquide formé de sang à peu près pur.

Dans l'épaisseur du tissu fondamental de la tumeur, on voit, en outre, des kystes très nombreux, microscopiques pour la plupart, mais dont quelques-uns atteignent le volume d'un grain de millet.

L'on fixe au sublimé et à l'alcool des tranches de la tumeur prises à diverses régions; de petits fragments sont fixés au Flemming. Des portions en voie d'ossification sont plongées dans l'acide picro-nitrique.

Sur une coupe intéressant à la fois la peau, les parties sous-jacentes et centrales de la tumeur, on voit que celle-ci se compose d'un stroma fibreux, dense, formant, par l'orientation parallèle de ses fibres au-dessous de la peau, une zone lamellaire continue. En continuité avec cette zone lamellaire, des fibres plus lâches vont vers la profondeur dans toutes les directions, circonscrivant des espaces pleins de tissu muqueux. Ce tissu se compose de cellules conjonctives étoilées, plongées dans une gangue amorphe et de grandes cellules multinucléées (cellules géantes).

Au niveau des points d'ossification périphérique, l'on trouve une infiltration calcaire affectant à la fois les fibres parallèles de la zone fibreuse et les cellules géantes qui l'avoisinent.

Si l'on examine la pièce osseuse résultant de la préparation du squelette du pied tout entier, l'on voit que le processus néoplasique agit, d'une part, en détruisant le tissu osseux primitif et, d'autre part, en reconstituant périphériquement une coque osseuse de nouvelle formation et d'origine purement fibreuse.

On pourrait être tenté, au premier examen, de ranger cette tumeur parmi les sarcomes ossifiants, mais elle doit en être distinguée en raison de l'état adulte de tous les éléments qui la composent et qui en font une tumeur plus hautement différenciée.

Bien qu'elle présente macroscopiquement l'aspect et la consistance d'un enchondrome, il y a lieu pour l'en différencier de tenir compte de son mode d'ossification qui s'effectue directement au dépens d'un tissu fibreux lamellaire et non d'un tissu cartilagineux de nouvelle formation.

Cette tumeur appartient à la catégorie des tumeurs myéloïdes de Paget encore peu étudiées et souvent confondues avec les sarcomes ossifiants.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,
PEYROT.

Séance du 30 mai 1894.

Présidence de M. J.-L. Championnière.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Lettres de MM. Lejars et Walther, demandant à être inscrits sur la liste des candidats au titre de membre titulaire de la Société de chirurgie ;

3° *Note sur un procédé mixte de trachéotomie chez l'enfant ; Bistouri et thermo-cautère*, par M. A. Coculet (à Montguyon) (M. Félizet, rapporteur).

Rapport.

Sur un travail de MM. H. Hartmann et V. Morax, intitulé : *Quelques considérations sur la bactériologie des suppurations péri-utérines.*

Rapport par M. Terrier.

Ce travail, à mon avis fort important, échappe quelque peu à toute analyse en ce sens qu'il n'est autre qu'une relation de faits d'ordre scientifique pur, et que toute observation entraînerait une obscurité réelle, dans l'exposé du sujet qui est traité.

Je laisse donc la parole aux auteurs pour l'exposé des faits qu'ils ont observés dans mon service de chirurgie de l'hôpital Bichat, me réservant d'analyser leurs conclusions.

« Dans tous les cas de salpingites catarrhales ou parenchymateuses et d'hydrosalpingites que nous avons examinées, tant au point de vue microscopique qu'en recourant à la méthode des cultures, *nous n'avons pas trouvé de micro-organismes.* Dans trois cas de grossesse tubaire avec hémosalpinx et même dans deux hématocèles rétro-utérines avec fièvre (38°,4 dans un cas ; 38°,2 et

38°,8 dans l'autre), l'ensemencement d'une grande quantité de sang n'a *donné lieu à aucune culture.*

« Deux cas de suppuration du tissu cellulaire des ligaments larges, avec propagation dans l'un au psoas, nous ont montré la présence du streptocoque à l'état pur, par la double méthode de l'examen sur lamelles et des cultures.

« Trente-trois fois nos recherches ont porté sur des collections suppurées formées aux dépens des annexes :

« Treize fois le pus était stérile.

« Treize fois il contenait des gonocoques, douze fois à l'état pur, une fois associé à du ***bacterium coli.*** Dans ce dernier cas le rectum était induré, cartonné; la collection semblait sur le point de s'y ouvrir; aussi pensons-nous qu'il s'est agi là d'une infection secondaire d'une salpingite blennorragique, par du coli venu à travers la paroi de l'intestin.

« Quatre fois le pus contenait des streptocoques, une fois à l'état pur, une fois associés à du bacterium coli et à un petit bacille que nous n'avons pas déterminé, une fois associés au bacterium coli, au même petit bacille et à un bacille en chaînettes.

« Deux fois il s'est agi de collections à pneumocoques; une fois d'une collection à bacterium coli.

« Les cas à pus stérile se rapportaient l'un à une ovarite, que l'examen histologique a démontrée être tuberculeuse, les autres à des lésions anciennes, le plus souvent gonorréiques selon toute probabilité. Il nous est cependant impossible d'affirmer d'une manière absolue l'ancienneté de toutes ces suppurations stériles, deux des treize malades qui les portaient ayant présenté six semaines et deux mois auparavant une poussée inflammatoire manifeste.

« Par contre les salpingites contenant des gonocoques se sont toutes présentées chez des femmes ayant eu des poussées pelvipéritonitiques récentes, remontant à un temps qui variait de trois semaines à trois ou quatre mois au maximum, le plus souvent à quatre ou cinq semaines. L'interrogatoire des malades nous a même appris que les poussées salpingiennes avaient suivi d'assez près l'apparition d'un écoulement jaune verdâtre à la vulve, en un mot qu'il s'agissait d'une inoculation blennorragique récente. L'influence des grossesses antérieures sur le développement de la salpingite blennorragique nous a de plus paru manifeste, deux fois sur treize seulement il s'agissait de nullipares. Dans trois des onze autres cas, l'infection salpingienne blennorragique a même paru succéder au premier coït qui a suivi l'accouchement, soit que les conditions de réceptivité morbide de la cavité utérine et des trompes aient été augmentées par le fait de l'accouchement, soit, plus simplement, qu'on ait eu affaire à des inoculations résultant de ce que le mari, contraint pendant

les derniers temps de la grossesse à l'abstinence conjugale, ait été chercher en dehors du ménage des germes infectieux. Un point reste acquis, c'est que le fait d'une grossesse antérieure favorise le développement de la salpingite blennorragique qui nous a paru relativement plus rare chez les nullipares, sujettes principalement à l'endométrite cervicale.

« Les renseignements recueillis nous montrent que les salpingites à streptocoques ont une histoire différente, qu'elles succèdent presqu'immédiatement à des lésions, en quelque sorte traumatiques, du corps de l'utérus, un avortement, la dilatation d'un utérus fibromateux, etc.

« Quant aux salpingites à pneumocoques ou à bacterium coli, l'étude des antécédents des malades ne nous permet de rien indiquer de spécial dans leur étiologie ; leur nombre est du reste trop restreint pour nous permettre d'énoncer la moindre hypothèse valable.

« Un deuxième point, que nous avons recherché dans nos observations, est celui de savoir s'il existe un rapport entre la marche de la température et la variété de salpingite observée. Nous devons dire qu'à cet égard, les faits, que nous avons recueillis, ne nous permettent de tirer aucune conclusion, ni au point de vue de la nature de l'agent infectieux, ni même, le plus souvent, à celui de la suppuration ou de la non-suppuration de la lésion. Dans deux cas de foyers suppurés, la température avait oscillé au début de la poussée entre 39° et 40° pour redescendre à la normale au moment de l'intervention. Dans un foyer à pneumocoques, elle était de 39°,1 avant l'opération. Dans deux cas de salpingite à gonocoques, elle variait entre 38 et 39° ; dans un troisième où le gonocoque était associé au bacterium coli, elle était de 38° ; de même dans une des salpingites à streptocoques et dans une salpingite à pus stérile, dans la plupart des autres cas, elle était normale au moment de l'entrée de la malade à l'hôpital.

« Par contre, nous avons quelquefois observé de petites ascensions à 37°,8, 38° chez des malades ayant des salpingites non suppurées ; de plus si dans trois grossesses tubaires, nous n'avons pas noté d'élévation de température, il y avait, en l'absence de tout microorganisme décelable par nos moyens actuels d'investigation, une élévation de la température à 38°,5, 38°,4, 38°,8 chez trois malades atteintes d'hématocèles enkystées. »

En fait, comme l'a déjà fait remarquer Schauta, au dernier congrès de gynécologie allemand, il ne paraît pas y avoir de rapport entre la température et la nature, microbienne surtout, de la lésion des annexes, ce qui s'explique en partie par ce fait que l'élévation de température résulte de causes fort multiples, souvent difficiles à distinguer les unes des autres.

MM. H. Hartmann et V. Morax se sont posé une deuxième question, à savoir : La nature de l'agent infectieux a-t-elle une grande importance au point de vue des suites de l'opération? Cette nature doit-elle, étant connue, faire varier la conduite du chirurgien ?

Schauta et Wertheim conseillent, *au cours de l'opération*, l'examen rapide d'une préparation de pus sur lamelles, ce qui ne me paraît pas facile ni pratique. Si le pus, prélevé par ponction, est stérile ou ne renferme que des gonocoques, on sera autorisé à faire l'extirpation totale de la poche.

S'il y a d'autres micro-organismes, il ne faut pas faire l'ablation, mais suturer la poche à la paroi, ou tamponner la plaie à la gaze iodoformée, de façon à avoir des adhérences, puis, cinq jours après, inciser et drainer. Avec MM. H. Hartmann et V. Morax, je trouve ces procédés absolument étranges et surtout n'ayant pas de valeur chirurgicale. Du reste, les résultats obtenus ne sont pas si extraordinaires : 216 cas de lésion inflammatoire ont donné à Schauta 13 morts, soit 6 0/0, et si l'on sépare les inflammations avec agents infectieux, on voit que 33 pyosalpinx à gonocoques ont donné 3 morts et 15 pyosalpinx, avec d'autres microbes pathogènes, ont fourni 3 morts.

Je pense donc, avec MM. H. Hartmann et V. Morax, que l'ablation totale doit être toujours faite d'emblée; certes il faut se défier de l'inoculation du péritoine par les agents infectieux microbiens, mais c'est affaire au vrai chirurgien qui sait utiliser les compresses stérilisées pour abriter les parties voisines et employer le plan incliné.

Sur 70 opérations de cœliotomies pratiquées depuis le 1er janvier 1893 à l'hôpital Bichat, pour lésions inflammatoires des annexes, dont 37 étaient suppurées, nous n'avons eu qu'*une mort*.

Nous pensons que ce résultat répond suffisamment aux minuties opératoires vantées par Schauta et Wertheim, il nous paraît inutile d'y insister plus longuement ici.

Le seul point clinique important à déduire de l'examen bactériologique du pus, serait, en cas de drainage, l'époque à laquelle on peut être autorisé à retirer le drain, drain que nous utilisons assez souvent et que nous choisissons en caoutchouc vulcanisé stérilisé.

Si le pus est stérile, ou à gonocoques, le liquide du drain reste stérile vingt-quatre ou quarante-huit heures et ne s'inocule qu'ultérieurement par le pansement. On peut donc l'enlever au bout de deux jours.

Au contraire, lors de salpingite à streptocoques, le liquide du drain en contient assez longtemps, jusqu'à sept et huit jours; on peut donc le laisser plus longtemps en place.

Toutefois, ces conclusions ne me paraissent pas absolument indiscutables, en ce sens qu'elles ont été faites alors que nos pansements ultérieurs n'étaient pas faits avec des matériaux stérilisés, ce que nous pouvons faire aujourd'hui. Elles sont donc sujettes à revision.

En tous cas, messieurs, j'ai l'honneur de vous proposer de déposer le très intéressant travail de MM. H. Hartmann et V. Morax aux Archives et de leur adresser des remerciements.

Discussion.

M. Quénu. J'ai fait pratiquer un certain nombre d'examens bactériologiques du contenu des trompes malades enlevées par laparotomie. J'ai été frappé de la grande proportion des cas où la culture est négative; je suis partisan de l'enlèvement précoce du drain (dont j'ai d'ailleurs restreint l'emploi), même quand l'examen décèle des streptocoques. Mais c'est moins pour faire ces courtes remarques que j'ai demandé la parole, que pour vous communiquer le récit d'un fait qui a présenté autant de bizarrerie au point de vue anatomo-pathologique qu'au point de vue clinique.

Une jeune fille de 27 ans, vierge, vint me consulter en septembre 1893, pour des douleurs de ventre. Actuellement lingère dans une communauté, elle avait eu une jeunesse maladive, et un abcès au cou ; on en distingue encore les marques.

En 1884, des douleurs abdominales apparurent un jour brusquement à la suite d'une chute sur des rails de chemin de fer; la malade avait alors 18 ans ; elle était réglée déjà depuis 5 ans, mais irrégulièrement, le sang revenait tous les dix ou douze jours et très abondamment.

En mai 1892, phénomènes aigus, fièvre, vomissements, douleurs de ventre très vives, pertes de sang abondantes qui la tiennent au lit pendant un mois.

En septembre 1892, perte de sang brusque étant en chemin de fer, les douleurs persistent, mais atténuées.

Le 15 janvier 1893, les douleurs subirent une exacerbation nouvelle. La malade vint me consulter en septembre 1893 : je trouvai peu de chose au toucher, les annexes étaient à peine plus grosses qu'à l'état normal, un peu douloureuses, l'utérus mobile. Je tentai un simple curettage qui fut pratiqué, le 5 novembre 1893, à l'hôpital Cochin. L'opération n'apporta que peu de soulagement aux souffrances, que peu de modifications aux pertes; la malade rentra dans le service en janvier 1894.

L'état général n'est pas mauvais : Mlle P... est maigrichonne, mais elle ne tousse pas et se nourrit assez bien; aucun signe morbide à l'auscultation des poumons.

Opération le 8 mars. — Les annexes présentent des adhérences an-

ciennes qu'on décolle néanmoins sans trop de difficultés. Les trompes présentent sur leur trajet un renflement gros comme une grosse noix, jaune, d'apparence caséeuse; nous trouvons ainsi la vérification du diagnostic que nous avions porté, à savoir salpingite tuberculeuse. Les pièces sont envoyées à l'Institut Pasteur. Le 9 mars, les suites furent parfaites : 37°,1 le matin ; 37° le soir, 800 grammes d'urine, émission de gaz par l'anus au bout de trente-six heures. Le 10 à 8 heures du matin, le thermomètre est à 37°,1, le ventre est plat, indolent ; la malade ressent depuis une heure un peu de gêne dans sa respiration. A 9 h. 30 m., cette gêne respiratoire s'est notablement accentuée ; la malade demande à être assise, prétextant qu'elle ne s'occupe pas de son ventre qui ne lui fait aucun mal, mais se plaignant d'étouffer. L'auscultation révèle en effet des deux côtés et dans toute l'étendue des deux poumons, une respiration gênée avec des râles sifflants et ronflants ; la température est à 38°. A 11 h. 30 m., le faciès est presque celui d'une asystolique, l'application de ventouses sèches, la respiration d'oxygène, les piqûres d'éther, de caféine n'ont amené aucun soulagement ; à chaque instant, la patiente rejette des crachats mousseux, abondants et sanguinolents, d'un rouge vif. Je reviens la voir à 6 heures; la température, à 1 heure de l'après-midi avait atteint 39°,1, l'asphyxie était imminente, la mort survint devant nous à 7 heures.

Ainsi, le drame se déroula tout entier en moins de douze heures. Les crachats furent recueillis et envoyés au Dr Lesage. Nous supposions que cette mort si brusque par le poumon était le fait d'une congestion suraiguë chez une malade tuberculeuse : les examens anatomiques vinrent renverser cette hypothèse. L'autopsie fut entièrement négative quant à la cavité abdominale ; aucun liquide, aucune vascularisation, rien d'anormal. Rien de particulier ne fut noté du côté du foie, des reins ou de la rate. Ni le cœur ni la veine cave ne contenaient de caillots emboliques. Les poumons étaient le siège d'une congestion intense ; certaines portions offraient le siège d'une atélectasie complète et allaient au fond de l'eau. Nulle part traces de tubercules, nulle part traces de cicatrices pulmonaires anciennes. Aucune embolie dans l'artère pulmonaire, aucun noyau d'apoplexie.

L'examen bactériologique des crachats fut fait par M. le Dr Lesage au laboratoire de Clamart. M. Lesage fit une injection dans les veines de l'oreille d'un lapin ; il injecta des cobayes. Ces animaux moururent en dix et onze heures. On ne trouva comme micro-organisme que le microbe de Friedlander.

D'un autre côté, M. Metschnikoff, qui s'était chargé de l'examen des trompes, me communiquait la note suivante. Les pièces malheureusement avaient été mises à son insu dans les liquides, et il n'avait pu faire de cultures ni d'inoculations.

Note remise par MM. Borel et Metschnikoff.

Chaque trompe présente une poche kystique de la grosseur d'une noix environ, renfermant un contenu caséiforme. Autour du gros kyste central qui paraît s'être développé dans la lumière de la trompe, on distingue des kystes secondaires microscopiques.

Le contenu de toutes ces poches kystiques est identique et ne montre aucun élément cellulaire vivant ; c'est une substance granuleuse, sans aucune structure.

La paroi des kystes est constituée du côté interne par un tissu de granulations très vasculaire. Les anses capillaires forment le centre de bourgeons proéminant à la façon de villosités sur la surface interne de la grosse poche kystique. Cette surface interne est comme veloutée.

Ancune méthode de coloration n'a permis de déceler des microorganismes dans ce tissu de granulations. Aucune cellule géante, aucun nodule, rien qui puisse faire penser à la tuberculose.

D'autre part, M. Metschnikoff a été frappé par l'existence, dans les parois du kyste de grandes cellules granuleuses renfermant dans leur intérieur des corps ovales remplis de pigment. Ces corps arrondis, dont il est impossible d'affirmer la signification, ressemblent à des hématozoaires.

M. le professeur Paltauf (de Vienne) a vu les préparations ; il a affirmé que ce n'était pas des tubercules ; que ces corps pigmentaires ne ressemblaient à rien de connu, qu'aux hématozoaires qu'on rencontre, par exemple, dans les vaisseaux de l'encéphale chez les malariques ; en un mot, aux sporozoaires qu'a décrits M. Laveran.

Ces corps n'existent que dans les parois ; ils manquent dans le contenu.

Des coupes de poumons ont également été examinées par M. Metschnikoff, qui a retrouvé également des cellules à pigment, semblables à celles de la trompe ; mais aucun corps pigmentaire n'était observé dans l'intérieur des vaisseaux sanguins.

Ces coupes de poumons ne renfermaient aucun microorganisme, ni de Friedlander, ni autre.

Il manque évidemment à ces examens d'être complétés par des cultures, de sorte qu'on ne saurait affirmer d'une façon absolue l'absence des microorganismes, et en particulier du bacille de la tuberculose : la présence de ces corps pigmentaires n'en reste pas moins fort intéressante et digne d'appeler l'attention des anatomopathologistes futurs.

Malgré ses lacunes, nous avons cru utile de publier cette obser-

vation, où la mort survint en quelques heures par le fait d'une infection par le Friedlander et où l'examen des trompes a décelé des faits si étranges.

M. Championnière. Les recherches dont on vient de vous parler sont assurément intéressantes; mais je les tiens pour purement théoriques. Je m'inquiète fort peu, pour ma part, des qualités du pus que je rencontre. En toute circonstance je referme le ventre sans faire de drainage, que j'aie rencontré du pus ou non, et par fortune singulière, ce sont précisément les cas dans lesquels j'ai eu affaire à des annexes suppurées qui m'ont donné les meilleurs résultats. Qu'il y ait donc des microbes ou non dans le champ opératoire, un bon nettoyage suffit à assurer la guérison. J'ai donné mon chiffre de mortalité qui est de 2 1/2 0/0 sur 260 cas quelconques. Dans les salpingites suppurées la mortalité reste encore au-dessous. Je pense donc qu'il n'y a pas à tirer une indication pour le drainage de la présence dans le pus de tel ou tel microbe, et je reste fidèle à la pratique qui m'a donné de si bons résultats, je ne draine jamais.

M. Terrier. Le drainage ne répond pas à une pareille indication. Les suppurations de l'ovaire ou de la trompe, en tant que suppuration ne l'exigent pour ainsi dire jamais. Mais il y a autre chose. La plupart du temps, les organes malades adhèrent fortement à l'intestin. A mes débuts, j'ai eu quelques morts consécutives à la déchirure de l'intestin que je m'efforçais de séparer. Aujourd'hui que j'ai plus d'expérience et que j'emploie la position renversée qui permet de voir si bien ce que l'on fait, je redoute beaucoup moins ces accidents.

Pourtant dans certains cas, les adhérences sont si intimes qu'il faut se livrer à une dissection minutieuse, employer les ciseaux ou le bistouri. On peut, quoi qu'on fasse entamer la couche musculaire de l'intestin. J'ai vu quelquefois la muqueuse persister seule. Dans ces conditions, je n'ose pas me passer de drain. Si la perforation s'achève on est sûr du moins qu'elle ne comportera aucun danger.

M. Segond. Je partage absolument l'opinion de M. Terrier. Souvent une perforation incomplète s'achève au bout de quelques jours. J'ai vu de la sorte guérir des femmes qui avaient rendu pendant six et huit mois des matières fécales par le trajet du drain. Elles seraient probablement mortes si l'on n'avait pas pris la précaution d'en mettre un. Assurément le drainage a l'inconvénient d'affaiblir la cicatrice abdominale; mais l'inconvénient est petit à côté des avantages qu'il procure.

M. Championnière. Dans tout ce qui vient d'être dit ce n'est pas la suppuration qui est visée par le drainage.

M. Terrier. Je suis porté à un peu plus de précaution que M. Championnière. Mais je suis tout à fait d'accord avec MM. H. Hartmann et V. Morax pour dire que l'existence du pus ne suffit pas à elle seule pour nécessiter le drainage.

M. Quénu. Lorsqu'on détache beaucoup d'adhérences il se produit forcément une effusion de sang plus ou moins abondante. Ce sang constitue un milieu de culture excellent; il vaut mieux qu'il soit conduit au dehors.

M. Championnière. Nous nous éloignons absolument de la communication de MM. Hartmann et Morax. Je ne suivrai donc pas M. Quénu sur ce nouveau terrain; je devrais répondre tout de suite que je n'admets pas du tout cette théorie du sang épanché devenant un bouillon de culture; mais encore une fois ce n'est pas du terrain qu'il s'agit mais de l'ensemencement par le pus. C'est ce point seul que visaient les auteurs que je viens de nommer.

Communication.

Sur les effets de la constipation des opérés et sur leur alimentation pendant la durée de leur constipation,

Par M. Delorme.

Je désire faire part à la Société de chirurgie de mes observations sur un sujet qu'elle a déjà discuté, qui a été repris au sein d'autres sociétés savantes et sur lequel les avis sont encore partagés, je veux parler de la constipation des opérés. Ce sujet m'entrainera à parler des effets de l'alimentation des opérés pendant la durée de leur constipation.

Ma série continue de plus de deux cents cas de constipations est remarquable par la presque uniformité des résultats constatés.

Je n'ai pas l'intention de discuter ici l'opportunité et la valeur de la constipation employée comme méthode adjuvante de traitement des interventions abdomino-génito-crurales, mais seulement d'apprécier ses effets.

Mes opérés des régions abdomino-génito-crurales ont été, pour la plupart, constipés de douze à quinze jours après leur opération aseptique, c'est-à-dire jusqu'à la levée du premier pansement et l'ablation des fils à suture.

Ils ont pris, le premier jour, de 30 à 35 gouttes de laudanum de Sydenham; le lendemain, 30 gouttes; les jours suivants, de 20 à 15 gouttes. Pendant la durée de la constipation, aucun n'a été soumis à l'action d'antiseptiques intestinaux. Tous avaient été purgés avant l'opération. Ceux qui avaient subi des interventions sur l'intestin avaient, de plus, été soumis à l'action de lavements.

Il s'est toujours agi, dans les cas que j'ai observés, d'hommes adultes sains, surpris par le traumatisme; c'est donc à eux exclusivement que s'adressent les remarques qui vont suivre :

Pour le plus grand nombre, le résultat le plus net de la constipation provoquée est une élévation de température. Or, d'après la série continue de 160 courbes que je vous présente, que je vous demanderais de vouloir bien examiner, dans l'immense majorité des cas, la température n'est pas montée au-dessus de la normale pendant toute la durée de la constipation provoquée : bien plus, elle a été plus souvent abaissée un peu au-dessous de la normale. Dans ces 160 courbes, en effet, 90 fois elle oscille entre 36 et 37°, et 66 fois entre 37 et 38°.

Quand elle a dépassé 38°, ce n'a été que tout momentanément. Quand des coliques passagères ont fait, pour quelques-uns et pour un jour, monter la température au-dessus de 38°, une nouvelle dose de laudanum, en même temps qu'elle faisait cesser les douleurs, abaissait la température et la ramenait à la normale. Chez quatre seulement de ces opérés, j'eus à relever, comme vous pouvez le constater, des oscillations durables. Chez deux, elles étaient l'indice de congestions pulmonaires, comme en observent ceux qui purgent leurs opérés; chez un, elles étaient symptomatiques d'une intoxication iodoformée. Chez un, elle s'expliquait par une attaque de rhumatisme articulaire aigu.

En somme, la température normale dans la très grande majorité des cas, le plus souvent abaissée, exceptionnellement et tout momentanément supérieure à 38°, telle est la donnée qui ressort nettement de cette série *continue* et nombreuse de cas bien observés.

Une élévation de température persistante fut, chez tous mes opérés, non une conséquence de la constipation provoquée, mais d'une complication intercurrente.

Dans une série de 110 cures radicales de hernies et aussi chez d'autres malades, un certain nombre accusa le soir, le lendemain, parfois le surlendemain de l'opération, quelques coliques, un peu de ballonnement du ventre. Ces coliques, quand elles n'étaient pas liées à la rétention d'urine, cessèrent aussi bien et aussi vite après la prise d'une dose un peu plus forte de laudanum qu'après le purgatif auquel d'autres de nos collègues ont recours en pareil cas.

Elles auraient peut-être aussi bien cédé spontanément après l'émission spontanée des gaz qui les provoquent.

Je ne relève, dans mes observations, ni nausées, ni vomissements, en dehors des vomissements chloroformiques des douze, vingt-quatre premières heures; la langue, suburrale les premiers jours, reprend bientôt son aspect normal; rarement elle reste suburrale jusqu'à la fin de la période de constipation. Quant à l'appétit, amoindri chez quelques-uns seulement, il était conservé chez la très grande majorité de ces opérés constipés.

Après la diète presque absolue du premier jour, la diète relative du deuxième pendant lequel mes malades, comme cela se fait communément, ne prennent que du potage et du lait, mes opérés ont été nourris dès le troisième jour, à peu près à leur faim, et ont pris cette nourriture avec appétit. Celle-ci a consisté en potages, œufs (1 ou 2 par jour), viande blanche ou brune en quantité habituelle, vin. La seule particularité qu'offrit leur régime était relative à la quantité plus faible de pain et de légumes (1 portion) qui fut allouée, et, si j'avais fait subir à ce régime cette petite modification, c'était exclusivement en vue de ne pas surcharger l'intestin d'une quantité de déchets qui, par son énorme volume, m'aurait imposé de cesser la constipation avant la date que j'avais fixée.

Le sommeil resta bon, le caractère ne subit pas de modifications, comme on l'a affirmé; quelques-uns seulement de ces opérés se sont plaints de céphalée. Je n'ai pas remarqué que la peau de ces malades fût ou plus sèche ou plus chaude qu'à l'état normal, leur soif plus vive et que le séjour des matières fécales durcies ait pu être le point de départ d'une irritation intestinale.

M. Burcker, professeur de chimie au Val-de-Grâce, a bien voulu, sur ma demande, analyser les urines d'un certain nombre de ces constipés. Ses analyses ne sont pas encore assez nombreuses pour nous permettre des conclusions fermes relativement à la quantité d'urée. Ce que j'en dirai pour le moment, c'est qu'il a noté, entre autres choses, après l'opération, des décharges d'urée qui se continuent pendant plusieurs jours. Je ne puis dire si elles sont plus abondantes et plus persistantes que celles qu'on a observées chez des opérés qui avaient été purgés.

L'influence sur la plaie fut nulle.

La première selle, parfois facile spontanément, serait, chez le plus grand nombre, difficile, si elle n'était facilitée par plusieurs lavements ordinaires, de vaseline ou de glycérine. Grâce à eux elle n'est qu'assez rarement pénible. Cinq à six fois seulement elle fut réellement difficile, et un malade dut attendre jusqu'au vingt-deuxième jour sa première selle. Chez lui, purgatif et lavements

employés seuls, restèrent sans effet; combinés à la marche, ils amenèrent une selle.

Les selles suivantes sont habituellement aisées, qu'elles soient spontanées ou provoquées par quelques lavements et les fonctions de l'intestin reprennent leur régularité.

Ma communication pourrait avoir, si j'y tenais, plus qu'un intérêt clinique, étant données les théories qui ont cours, je pourrais presque dire qui ont force de loi sur l'importance et la fréquence des intoxications intestinales, mais je désire rester exclusivement sur le terrain de la pratique et je conclurai en disant :

Chez des hommes adultes et sains, surpris par un traumatisme chirurgical qui doit guérir par première intention, la constipation provoquée pendant huit à quinze jours n'a pas les inconvénients qu'on lui attribue d'ordinaire et qui sont ceux de la constipation spontanée ;

Son influence sur la température est presque toujours nulle ; celle qu'elle a sur les fonctions digestives, sur l'état général, sur l'état local, est insignifiante dans la majorité des cas ;

Ses quelques inconvénients ne sauraient faire oublier les avantages qu'elle présente comme moyen adjuvant pour certaines interventions de la sphère abdomino-génito-crurale ;

En cas d'intoxication par les substances antiseptiques, il est sage de cesser la constipation et de favoriser l'élimination de l'agent chimique ;

Il serait peut-être non moins prudent de maintenir l'intestin libre quand il s'agit de blessés suppurants et chez lesquels l'intestin peut servir à débarrasser l'organisme des produits résorbés.

Discussion.

M. Quénu. Il est d'observation courante que certains individus peuvent rester constipés pendant un temps fort long sans éprouver le moindre accident ; d'autres, au contraire, après trois ou quatre jours présentent un état fébrile qu'un purgatif fait immédiatement disparaître ; ainsi chez un jeune garçon atteint d'un rétrécissement valvulaire congénital du rectum, j'ai observé des accès de constipation qui duraient vingt et vingt-cinq jours. L'intestin se laissait emplir puis se vidait par une débâcle sans qu'il y eût la plus petite élévation de température. Des faits de ce genre ne sont point rares, comme on le sait, chez les femmes. La rétention des matières ne suffit donc pas à déterminer la fièvre, il faut qu'une autre cause s'y ajoute : la virulence des microorganismes de l'intestin. Nous ne savons pas dans quelles conditions celle-ci se produit.

M. Championnière. Les faits de M. Delorme montrent bien que

la constipation peut n'avoir pas d'inconvénient; mais elle ne prouve en aucune façon qu'elle ait des avantages.

En fait elle est souvent nuisible.

Son influence sur le moral est bien connue, notre collègue Périer m'a dit souvent : « Si vous vous apercevez qu'un enfant change de caractère, donnez-lui un lavement; vous le voyez aussitôt reprendre sa gaité. »

Chez les malades et surtout chez les opérés tenus au lit la constipation est le plus souvent une cause de gêne. A une certaine époque, j'opérais sans purgation préalable; j'observais chez mes malades des malaises que je ne retrouve plus aujourd'hui. Dans toutes les opérations abdominales, il est important de procurer des selles de bonne heure; dès que des gaz ont été rendus, quel soulagement! On évite, en purgeant les malades, plus d'un étranglement. J'ai perdu une opérée chez laquelle une bride insignifiante et qui eût cédé au moindre purgatif provoqua la mort. J'étais absent et mon interne n'avait pas fait de visite pendant deux jours.

Si vous pouviez démontrer que les purgatifs sont dangereux je comprendrais que vous recommandiez de constiper les malades; mais je suis prêt à démontrer le contraire. Alors pourquoi ne pas en user? Vous nous faites voir que quelques individus restent constipés sans en souffrir; est-ce une raison pour constiper tous vos malades? Dans quel intérêt d'ailleurs? Pourquoi ne voulez-vous pas qu'ils aillent à la selle comme tout le monde ?

M. Delorme. Je n'ai envisagé les effets de la constipation qu'à un point de vue très général et voulu seulement prouver que ses inconvénients étaient exagérés et trop redoutés. Je les avais moi-même craint autrefois et ce n'est qu'après avoir constaté que des opérés de fistules anales ou d'hémorroïdes la supportaient bien que j'ai continué à l'employer chez d'autres malades.

A M. Championnière qui me demande d'en préciser les avantages, je répondrai : dans les cas de fistules anales traitées par la réunion par première intention après incision et curage, son utilité n'est pas discutable; elle est indispensable dans les cures radicales d'hémorroïdes afin d'assurer le repos si nécessaire du releveur de l'anus et du sphincter; dans les opérations de varicocèles avec résection du scrotum jusque près de l'orifice anal, la constipation autorise un pansement permanent, occlusif et empêche une infection de la plaie pendant les soins de propreté qu'on est obligé d'assurer à des opérés non constipés. Dans les cures radicales de hernie, elle assure encore la fixité du pansement et le repos de l'intestin, et comme elle n'est nullement nuisible, on peut, grâce à elle, pour-

suivre ce résultat. Grâce à elle, dans les blessures de l'intestin ou les anus artificiels, la solidité de la suture n'est pas compromise. Enfin dans les opérations de résection, de désarticulation de la hanche, d'amputation de cuisse à la partie supérieure, de fracture du col du fémur, etc., elle évite au moignon ou à la fracture des secousses pénibles et qui pourraient être dangereuses.

M. Championnière. J'admets la pratique de M. Delorme pour les opérations sur l'anus et sur son voisinage; mais encore une fois je ne saurais l'accepter pour les autres malades; ils ne pouvaient retirer aucun avantage de la constipation qui leur était imposée.

Présentation de malade.

Hygroma sous-deltoïdien tuberculeux,

Par M. Delorme.

Un vigoureux cuirassier, ni syphilitique, ni rhumatisant, s'aperçut par hasard, quinze jours avant son entrée dans mon service au Val-de-Grâce, d'un léger gonflement de la région deltoïdienne droite, s'accompagnant d'une gêne peu douloureuse des mouvements d'abduction. Brusquement, en deux jours, la région deltoïdienne augmenta du volume d'un poing et demi. Le gonflement, régulier, était surtout accusé en avant et en bas; on percevait nettement sous le deltoïde une sensation de flot sans bruissement ou frottement. Les mouvements passifs d'élévation de l'épaule étaient peu douloureux, surtout limités, et les mouvements actifs étaient plus bornés que les mouvements passifs. Douleurs presque nulles à la pression directe de la région; pas de douleurs ressenties dans l'article par une pression sur l'extrémité inférieure de l'humérus. Pas de réaction générale ou locale.

Je pensai à un hygroma sous-deltoïdien, mais, comme je ne pouvais absolument éloigner l'idée d'une tuberculose articulaire avec abcès froid sous-deltoïdien, malgré l'absence d'antécédents tuberculeux héréditaires ou acquis, j'avais toutes raisons d'ouvrir la poche par l'incision antérieure de Baudens.

Celle-ci était remplie de près d'un verre d'un liquide de la couleur de l'urine, limpide, quelque peu consistant, presque gélatineux. La paroi interne de la poche, tomenteuse, vasculaire, était recouverte de dépôts fibreux, analogues à ceux qu'on rencontre dans les pleurésies. Des flocons libres nageaient dans le liquide.

Après un raclage avec une grosse curette tranchante dont la manœuvre, en arrière, était facilitée par l'abduction forcée du bras, je ne pus à un examen très attentif reconnaître le moindre prolongement tuberculeux vers l'article. Cautérisation à la solution de chlorure de

zinc au dixième. Plaie réunie par première intention. Injection de chlorure de zinc le quinzième jour par le drain. Guérison en un mois avec rétablissement intégral des mouvements et disparition des douleurs.

L'examen histologique de la paroi tomenteuse de la poche fut pratiquée par M. le professeur Laveran, du Val-de-Grâce. Elle était constituée par du tissu fibreux ou embryonnaire, avec de nombreuses granulations tuberculeuses jeunes ou plus avancées dans leur évolution (masse caséeuse au centre). Les granulations jeunes, avec leurs cellules géantes centrales, étaient caractéristiques. Le tissu musculaire, qui limitait la poche en dehors, était profondément dégénéré ; on ne distinguait plus çà et là que quelques fragments de fibres striées.

Les cas d'hygromas sous-deltoïdiens sont rares. Robert et Gosselin ont décrit des hygromas sous-deltoïdiens à *grains riziformes*. Le frémissement constaté lors de l'examen de la poche sous-deltoïdienne, leur avait permis de faire un diagnostic, qui fut vérifié après ponction. S'ils n'étaient pas autorisés alors à baptiser leurs cas du nom d'hygromas sous-deltoïdiens tuberculeux, nous pouvons le faire aujourd'hui après les recherches de MM. Nicaise, Poulet et Vaillard. Le fait que je viens de relater prouve que la tuberculose peut être encore à craindre dans des cas cliniquement plus douteux, alors que le malade n'accuse aucune autre manifestation tuberculeuse, qu'il n'a aucun antécédent héréditaire, qu'il est vigoureux, que la paroi n'est que congestionnée, tomenteuse, le liquide filant, et qu'on ne constate pas de frémissement à la palpation. Si je m'étais borné ici à faire une ponction suivie d'injection, je n'aurais pu, d'après l'examen du liquide, penser à la tuberculose et, malgré les succès de Robert et de Gosselin, il m'est permis de croire que je n'aurais pas assuré à mon malade une guérison aussi complète.

Discussion.

M. Championnière. Le fait très intéressant de M. Delorme nous montre une de ces tuberculoses péri-articulaires comme on en voit si souvent ailleurs et qui précèdent la plupart du temps une lésion tuberculeuse de l'articulation elle-même.

M. Tillaux. J'ai vu, il y a déjà longtemps, chez un garçon d'apparence vigoureuse un hygroma de la région sous-deltoïdienne. Il guérit à la suite d'une injection iodée; mais dix ans plus tard je dus lui réséquer l'épaule. Il avait une tumeur blanche de l'articulation scapulo-humérale.

M. Delorme. Après le curage que j'ai fait de cet hygroma, j'ai

pu constater que l'articulation n'était pas malade ; je ne sais pas ce que nous réserve l'avenir.

M. Verneuil. Quand on a introduit dans la pathologie la notion de la nature tuberculeuse des grains riziformes, tout le monde a été fort surpris. Il faut s'habituer à cette idée qu'un grand nombre de tuberculoses locales n'altèrent point la santé générale. Le mal de Pott en fournit des exemples frappants.

M. Peyrot. Puisqu'il est question de grains riziformes et quoiqu'il s'agisse là d'un véritable hors-d'œuvre, je saisis cette occasion de vous signaler un fait curieux que j'ai observé il y a déjà huit à dix ans. Chez une femme de 32 à 35 ans, qui, depuis plusieurs années avait été atteinte d'une fistule anale plusieurs fois récidivée, j'ouvris une collection peu douloureuse au niveau du point antérieurement atteint. A ma grande stupéfaction il en sortit, avec très peu de pus, deux bonnes cuillerées de grains riziformes parfaits. La nature tuberculeuse de ces corps n'avait pas encore été démontrée. Je pensai que dans la vieille collection, à laquelle j'avais eu affaire, les parois de la poche avaient fini par prendre les caractères d'une séreuse analogue à celle des fléchisseurs de la main par exemple.

M. Quénu. Je pense que ces grains venaient plutôt de quelque bourse séreuse du bassin suppurée et ouverte au niveau de l'anus. Beaucoup de fistules anales n'ont pas d'autre origine.

M. Peyrot. Contre cette manière de voir je puis faire valoir que le curage de cet abcès ne m'a laissé découvrir aucune communication avec un foyer placé plus haut. D'ailleurs, ce fait est unique à ma connaissance et je ne vois pas pourquoi on n'en aurait pas observé déjà de semblables, puisque les abcès par congestion dont parle M. Quénu sont loin d'être rares ?

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,
Peyrot.

Seance du 6 juin 1894.

Présidence de M. J.-L. Championnière.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Lettres de MM. Brun et G. Marchant, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;

3° Lettre de M. Yvert, médecin major, envoyant à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant : *(a)* la liste de ses principaux travaux; *(b)* six tirages à part de mémoires publiés antérieurement ;

4° *Diagnostic de l'hémorragie interne et de la péritonite aiguë à la suite de la laparatomie; Deux observations; Réouverture du ventre; Guérison*, par M. Calot (de Berck) (M. Terrier, rapporteur) ;

5° (a) *Hernie crurale étranglée par adhérences;* (b) *Un accouchement impossible*, par M. Caussin (de Ligny) (M. L. Championnière, rapporteur).

6° *Traitement de la pleurésie purulente par la trépanation costale*, par M. Rey (d'Alger) (M. Michaux, rapporteur).

A propos du procès-verbal.

Sur l'anesthésie par le bromure d'éthyle combiné au chlorotorme.

M. Villeneuve (de Marseille) rappelle par lettre en réponse à la remarque de M. Segond, la façon dont il administre le brométhyle : application de la compresse imprégnée de brométhyle sur le nez et la bouche, de manière à ne pas laisser arriver d'air pur. L'anesthésie

obtenue, cette compresse est remplacée par celle au chloroforme, et l'anesthésie continue selon les règles du goutte à goutte.

M. Peyrot. M. Segond et M. Terrier avaient été surpris du temps employé par M. Villeneuve dans ses anesthésies. Il est certain que l'anesthésie par le bromure est pour ainsi dire instantanée. Ce matin encore, avec l'aide de mon ami le docteur Alfred Martin, j'ai administré cet agent à deux malades adultes, qui, l'un dans une demi-minute, l'autre en quarante secondes, ont été complètement anesthésiés. C'est la règle absolue et je désirerais que M. Martin portât ici les résultats des observations qu'il a faites depuis plusieurs années à sa clinique : elles reposent sur environ 3,000 anesthésies.

Rapports.

I. — *Trépanation secondaire au deuxième mois après une fracture du crâne ayant amené une hémiplégie complète et des crises épileptiformes. Ablation d'un fragment intra-cérébral. Hémorragie par section de la méningée moyenne. Tamponnement intra-cranien. Guérison*, par M. le Dr Verchère, chirurgien de Saint-Lazare.

Rapport par M. Segond.

Un succès chirurgical aussi net et aussi rationnel que celui dont M. le Dr Verchère vous a donné la très intéressante relation ne prête guère à longs commentaires, mais il n'en mérite pas moins d'être soigneusement retenu. Il vient, en effet, confirmer une fois de plus le bien fondé de plusieurs des conclusions dont notre collègue, M. Gérard-Marchant s'est fait l'interprète lors de votre récente discussion sur les indications du trépan. Voici le fait :

Le 23 août 1892, un jeune garçon de 7 ans reçoit un violent coup de pied de cheval dans la région temporale droite. L'enfant perd complètement connaissance pendant deux heures, puis surviennent des vomissements abondants et, quatre heures après, MM. les Drs Lemonnier (de Flers) et Bonnet (de Bellême) constatent les symptômes suivants : paralysie de la jambe et du bras gauches ; chute de la paupière droite ; conservation de la motilité de la jambe droite ; mouvements de flexion involontaires et rythmiques du membre supérieur droit. La connaissance revient au bout de quatre jours, mais, à ce moment, se manifestent des crises convulsives très douloureuses qui se répètent plusieurs fois par vingt-quatre heures. Ce symptôme cède au bout de quelques jours et les phénomènes paralytiques persistent seuls. M. Verchère voit le blessé deux mois après l'accident. La paralysie est toujours complète à gauche. Les doigts fléchis dans la main se laissent

difficilement étendre. Cette contracture n'existe pas du côté du membre inférieur, mais, en redressant brusquement le pied, on provoque à tous coups, une crise de trépidation jacksonienne des plus nettes. Passant ensuite à l'examen de la région temporale blessée, M. Verchère constate tous les signes d'une fracture avec enfoncement. Sur une ligne horizontale, située à trois travers de doigt à peu près au-dessus de l'oreille, il existe une dépression profonde, dépassant en arrière le niveau de l'oreille et s'étendant en avant jusqu'à la partie moyenne du sourcil droit. Le chevauchement osseux est manifeste sur toute la partie antérieure de cette dépression, tandis que sa moitié postérieure donne la sensation d'une surface irrégulière formée de saillies et de dépression. En présence d'un pareil ensemble symptomatique, les indications d'une intervention ne souffraient pas discussion et M. Verchère procède aussitôt à la trépanation. L'incision de la peau le conduit sur un chevauchement de toute la moitié antérieure du trait de fracture. En arrière, la consolidation n'est point faite. La lame fibreuse qui occupe à ce niveau la perte de substance est incisée, la pince coupante fait ensuite son œuvre, et bientôt M. Verchère arrive à dégager, puis à extraire, un fragment osseux ne mesurant pas moins de 3 centimètres de long sur 1 centimètre de large, croisant perpendiculairement le trait de fracture et planté en pleine substance cérébrale. Pendant la régularisation des bords de la perte de substance osseuse, la méningée moyenne est blessée et l'hémorragie abondante qui se produit aussitôt ne peut être maîtrisée que par un tamponnement à la gaze iodoformée. Malgré cet incident, les suites opératoires sont aussi simples que possible. Trois jours après la paralysie disparaît. Au douzième jour, le Dr Lemonnier enlève le tamponnement, et pour vaincre les adhérences contractées par la gaze se croit, paraît-il, obliger de réséquer un fragment de substance cérébrale. La cicatrisation n'en suit pas moins son cours et, peu de jours après, l'enfant est complètement guéri.

Vous avez pu vérifier vous-même la réalité de cette guérison, lorsque M. Verchère vous a présenté son jeune blessé, quinze mois après l'opération, et depuis, les bons résultats ne se sont pas un seul instant démentis.

Ce fait est, vous le voyez, fort simple, M. Verchère a suivi la seule conduite raisonnable en pareil cas, et nous ne pouvons que le féliciter du beau résultat qu'il a obtenu. Quant à la valeur documentaire de son observation, elle est très réelle. Je ne parle pas ici de l'accident hémorragique survenu au cours de l'opération. C'est un incident presque banal dans les interventions de ce genre, et, lorsque la mise en place d'une pince hémostatique n'est pas réalisable, lorsque l'hémorragie est artérielle et ne provient point d'un sinus qu'il est possible d'obturer avec du catgut, ainsi que Lister et notre collègue Lucas-Championnière l'ont si justement conseillé, le tamponnement à la gaze, tel que M. Verchère l'a pratiqué, est bien le meilleur mode d'hémostase.

Le côté vraiment intéressant de l'observation de M. Verchère me paraît surtout résider dans la guérison qu'il a pu obtenir, malgré les deux mois de séjour d'un fragment osseux en pleine substance cérébrale.

Je sais bien que la jeunesse du petit opéré mettait à son actif des chances de guérison que ne possèdent pas les opérés d'âge plus avancé, mais la possibilité de réussir en pareille circonstance ne mérite pas moins d'être attentivement retenue, et, suivant la juste remarque de M. Verchère, son fait vient démontrer une fois de plus que « tout phénomène paralytique plus ou moins étendu persistant après un traumatisme du crâne, accompagné ou non de convulsions épileptiformes, localisées ou généralisées, est une indication de trépanation, quelle que soit l'époque à laquelle remonte le traumatisme. »

Et, bien entendu, ceci ne veut pas dire qu'il faille attendre pour intervenir. Les faits comme celui de M. Verchère sont à la vérité consolants, puisqu'ils établissent que les succès du trépan secondaire sont possibles. Mais il est trop clair que les chances de guérison sont d'autant moindres que l'intervention est plus tardive, et si le petit blessé dont je vous ai retracé l'histoire avait été opéré le jour même de son accident, il n'y aurait, certes, rien perdu. — Je ne crois pas qu'il y ait à cet égard de discussion possible, et lorsqu'on est en présence d'une fracture compliquée du crâne, avec possibilité d'enfoncement ou de pénétration d'esquilles dans le cerveau, l'abstention avec pansement à plat est une pratique détestable. — La seule conduite vraiment prudente consiste alors dans la régularisation et le parfait nettoyage de la plaie.

Bornant là ces très rapides réflexions, je vous propose d'adresser nos remerciements à M. Verchère, de déposer son travail dans nos archives et de lui réserver un bon rang sur la liste des candidats au titre de membre titulaire de notre société.

Discussion.

M. Routier. L'observation fort intéressante de M. Verchère me rappelle un fait semblable que j'ai rapporté il y a quelques années à l'Académie de médecine. Un homme fait une chute dans une cave, se relève au bout d'un moment et se trouve assez bien pour rentrer chez lui. Là, il tombe dans un coma qui au bout de quatre heures était complet. Je le vois le lendemain, toujours en plein coma avec stertor. Ces accidents me portèrent à explorer le foyer de la fracture. Sous la bosse sanguine, je trouvai un enfoncement d'un grand fragment, comme dans le cas de Verchère, pénétration d'un coin de ce fragment à travers la dure-mère dans la substance cérébrale,

rupture de la méningée moyenne et vaste hémorragie sous la dure-mère. Ce malade a été très bien guéri, après que j'eus relevé le fragment et drainé avec la gaze iodoformée le foyer hémorragique. Il aurait sans doute succombé sans mon intervention.

J'ai noté la persistance de l'aphasie aussi longtemps que le tampon de gaze est resté en place.

M. Sée. Il y a dans le cas dont M. Segond nous a entretenus un défaut de corrélation entre le point lésé et les phénomènes observés. Il semble que la compression ne s'exerçait pas sur les circonvolutions voisines de la scissure de Rolando, comme on aurait dû le croire. Peut-être y avait-il là des lésions multiples. M. Segond est-il en mesure de nous éclairer à ce sujet?

M. Championnière. Il est bien entendu que dans le cas de M. Verchère l'intervention a eu lieu trop tard ; ce n'est pas la faute de M. Verchère, on aurait dû l'appeler plus tôt. Toutes les fois qu'il existe un enfoncement du crâne, il y a lieu de trépaner. C'est le seul moyen que nous ayons de nous rendre maître des accidents actuels et futurs.

L'auteur a employé contre l'hémorragie un bon moyen, le tamponnement. Il agit ainsi en présence d'une hémorragie artérielle; mais il faut se souvenir que certaines lésions veineuses peuvent, dans les traumatismes craniens, être tout aussi graves que les lésions artérielles. C'est ici qu'il faut se souvenir du tamponnement par le catgut, indiqué par Lister il y a vingt ans, et que j'ai souvent recommandé après lui. J'ai empilé contre un sinus ouvert jusqu'à 8 et 10 mètres de catgut sans inconvénient, ou plutôt avec un grand avantage. Ce tampon n'a pas besoin d'être retiré. Si l'on craint qu'il ne tienne pas suffisamment, on peut l'affermir par un fragment de gaze qui sera plus tard enlevé facilement au lieu de nécessiter la petite résection cérébrale d'ailleurs peu importante, dont a parlé M. Verchère.

Des esquilles restent assez souvent enfoncés dans la substance cérébrale sans provoquer une réaction bien grande. Presque toujours, cependant, leur présence s'accuse par quelques phénomènes au moins légers. Je pense bien, comme M. Routier, que son malade n'avait pas beaucoup de chances de survivre à ses blessures.

Chez une petite fille atteinte d'un léger enfoncement cranien avec très peu de symptômes, que je voyais en compagnie de plusieurs confrères, j'ai pratiqué, malgré une certaine opposition, une trépanation qui m'a conduit sur une esquille intra-cérébrale baignée de pus.

Lorsque les premiers accidents sont passés, on doit redouter, en cas d'esquille implantée dans le cerveau, l'épilepsie secondaire.

J'ai eu l'occasion de guérir un jeune garçon qui était devenu épileptique dans ces conditions.

Je ferai encore remarquer que l'âge du malade a sur la production des accidents une énorme influence. Les enfants supportent bien mieux que les adultes les lésions traumatiques de l'encéphale. Ils sont notamment beaucoup moins exposés aux accidents secondaires sclérosiques et autres qui surviennent si souvent chez l'adulte, et qui font à la longue du blessé un véritable infirme. L'enfant opéré par M. Verchère, après deux mois d'irritation cérébrale, a pu guérir si bien que quinze mois après aucun accident secondaire ne s'était produit.

L'influence d'une intervention précoce sur la marche ultérieure de la blessure est elle-même des plus nettes. J'ai fait autrefois le relevé des plaies de tête indiquées dans le grand travail de la guerre de Sécession. Il y en a treize mille bien cataloguées. Or, il est à noter que les blessés qui ont subi des interventions immédiates ne reparaissent plus comme infirmes demandant une pension, ou du moins ils se montrent dans une proportion tout à fait moindre que les blessés restés sans opération où ceux qui, ayant subi des opérations tardives, avaient paru guérir.

M. Schwartz. J'ai eu l'occasion, il y a quelques années de fermer avec du catgut le sinus longitudinal supérieur. Je me suis parfaitement trouvé de cette façon de faire.

M. Segond. J'étais sûr de ce que l'indication admise par M. Verchère serait acceptée par tout le monde.

Je pense que, s'il avait eu affaire à une hémorragie veineuse, il aurait eu recours au moyen si précieux rappelé par M. Championnière, le tamponnement au catgut ; mais c'est une artère qui se trouvait intéressée.

Je ne suis pas en mesure de répondre à M. Sée aussi parfaitement que je le voudrais. Tout ce que je puis dire, c'est qu'il n'y avait pas trace d'épanchement comprimant le cerveau, que la paralysie était due uniquement à la pression exercée directement par un fragment mesurant 3 centimètres sur 1 centimètre, et que la plaie était très étendue. Il était difficile, dans ces conditions, de prendre les mesures nettes que M. Sée aurait désirées.

II. — *Anus contre nature crural consécutif à une hernie gangrenée. Suture par abrasion. Guérison*, par M. le Dr Mordret (du Mans).

Rapport par M. Chaput.

M. le Dr Mordret (du Mans) nous a envoyé une très intéressante observation d'anus crural consécutif à une hernie gangrenée, qu'il a traité et guéri par la suture par abrasion.

Voici le résumé de cette observation :

Il s'agit d'une femme de 50 ans à qui le Dr Gougaud a fait, il y a dix ans, un anus contre nature pour une hernie crurale droite étranglée et gangrenée. Quelques mois plus tard, le Dr Gougaud appliqua l'entérotome et fit ensuite l'avivement et la suture de l'orifice. A la suite de cette opération, la fistule resta complètement fermée pendant une vingtaine de jours, puis une fistule s'établit qui s'agrandit de plus en plus jusqu'à reproduction de l'état primitif.

Une seconde tentative, précédée également d'une application d'entérotome, échoua dans les mêmes conditions.

Depuis quelques mois, l'orifice s'est agrandi, et la malade est obligée de porter une pelote pour empêcher, dans la mesure du possible, l'écoulement des matières ; par l'anus vrai, la malade rend chaque jour des matières et des gaz.

Au moment de l'examen de M. Mordret, la malade présentait, dans la région crurale droite, un orifice bordé de muqueuse mesurant le diamètre d'une pièce de 2 francs. La peau voisine est convertie en tissu de cicatrice dans une zone de 5 centimètres tout autour de la fistule.

Le doigt introduit a quelque peine à sentir les restes de l'éperon et à s'engager dans les deux bouts ; une sonde œsophagienne pénètre profondément dans les bouts supérieur et inférieur.

Après avoir soumis la malade au régime lacté pendant plusieurs jours, à des lavages de la fistule à l'eau boriquée, et lui avoir donné du naphtol (1 gr. par jour), M. Mordret procède à l'opération le 4 décembre 1893.

La malade est anesthésiée à la cocaïne (solution à 1/100 en injections, à 1/20 pour les attouchements). M. Mordret exécute alors une incision circulaire à 4 centimètres de l'orifice ; il décolle la peau et libère l'intestin dans une étendue de 1 centimètre et demi. Il avive largement les bords de l'intestin, décolle la muqueuse, l'invagine en dedans et la fixe dans cette position par des sutures à la soie fine. Il suture ensuite face interne contre face interne les musculeuses avivées ; un drain de sûreté est placé dans l'intestin à la partie externe ; la peau est suturée aux crins ; un autre drain est placé sous la peau à la partie interne. La malade est mise à la diète absolue pendant la première journée ; on lui administre aussi de l'opium. Pendant la nuit, on lui permet quelques gorgées d'eau. A partir du deuxième jour, alimentation lactée. Le sixième jour, calomel et lavements ; le dixième, ablation des fils.

Dès le lendemain, on trouvait dans le pansement quelques matières qui s'étaient écoulées par le drain externe, et le drain interne était supprimé.

Le drain intestinal fut peu à peu diminué, puis supprimé au bout d'une quinzaine de jours ; le trajet fistuleux, après quelques cautérisations au nitrate d'argent, se ferma complètement.

Elle revint chez elle le 6 janvier complètement guérie. M. Mordret a appris depuis qu'elle avait éliminé encore un point de suture et qu'il s'était écoulé un peu de matière, mais que cette fistulette s'était rapidement fermée sous l'influence des cautérisations argentiques.

Cette observation est très intéressante et vient à l'appui de la doctrine que je soutiens, c'est-à-dire que les anus cruraux sont plutôt justiciables de l'entéro-anastomose que des méthodes anciennes ; en effet, la difficulté de détruire l'éperon, les applications successives d'entérotome, les opérations répétées constituent de graves inconvénients qui ne vont pas sans des risques considérables. De fait, chez cette malade, on a fait deux applications d'entérotome et trois opérations réparatrices pour fermer la fistule, et la malade a vécu dix ans avec son infirmité. Combien eût été plus avantageuse une entéro-anastomose qui l'eût guérie en une séance et sans plus de risques.

L'opération de la suture par abrasion a été conduite par M. Mordret avec une correction parfaite ; la tendance aux fistules paraît avoir été avantageusement combattue par l'emploi du drain intestinal que j'ai recommandé.

Permettez-moi, à propos de cette observation, de vous indiquer en passant quelques légères modifications que j'ai fait subir à la technique de l'opération de l'abrasion.

Je conseille de libérer l'intestin de la paroi dans l'étendue de 2 centimètres, de disséquer la muqueuse sur une hauteur de 1 centimètre, de la rabattre en dedans et de suturer ensemble ses bords par des sutures perforantes hémostatiques, au lieu des sutures non perforantes de Denonvilliers ; je réunis ensuite les musculeuses face à face avec des fils perforants. Je place un drain intestinal, et, sur les conseils de M. Schwartz, je ne fais pas de suture de la paroi ; je bourre seulement la plaie à l'iodoforme.

Communication.

Sur le traitement des anus contre nature, travail basé sur trente-cinq observations personnelles,

Par M. CHAPUT.

L'anus contre nature consiste dans l'ouverture à la paroi de deux bouts d'intestin, après destruction de l'anse qui les réunissait. La cloison formée par leurs parois contiguës se termine par un bord tranchant appelé éperon; c'est cette cloison et cet éperon qui empêchent le passage des matières d'un bout dans l'autre, et que le chirurgien doit d'abord s'efforcer de détruire avant de songer à oblitérer l'orifice anormal.

La fistule stercorale est constituée par une petite solution de continuité de la circonférence d'une anse intestinale. Mais à côté de ces cas typiques, en existent de moins nets, c'est ainsi qu'un large orifice sur une anse d'ailleurs intacte s'accompagne d'une saillie de la paroi postérieure en forme d'éperon qui s'oppose à la circulation des matières. Enfin, un anus contre nature dont on a détruit l'éperon, devient tout à fait l'analogue d'une fistule stercorale.

Nous réserverons donc le nom d'anus contre nature aux orifices munis d'un éperon, et celui de fistule stercorale à ceux qui sont dépourvus d'éperons.

Le traitement classique des anus contre nature, consiste à les transformer en fistule stercorale par destruction de l'éperon; on ferme ensuite cette fistule.

Rappelons d'abord quelques particularités intéressantes de l'anatomie pathologique des anus contre nature.

L'anus contre nature établi chirurgicalement par suture des deux bouts à la paroi, présente un éperon à fleur de peau auquel fait suite une cloison mince et longue.

L'anus établi spontanément par gangrène herniaire non opérée présente un orifice cutané, déprimé, étroit; l'éperon ne se sent qu'après un trajet qui varie de un à plusieurs centimètres. L'éperon est le plus souvent court et divergent. De là, deux dangers: Le premier consiste dans la déchirure possible de l'intestin, si l'on engage trop profondément l'entérotome, pour ramener un contact des parois trop éloignées; le second, dans le pincement possible d'une anse saine interposée entre les deux bouts divergents.

Parfois l'éperon est inaccessible au fond d'un trajet très long et gêne cependant la circulation des matières.

D'autres fois, il est épais, par interposition entre les deux bouts du mèsentère ou de l'épiploon épaissi.

J'ai vu un anus contre nature consécutif à une cure de hernie malheureuse, dans lequel les deux bouts étaient séparés par un espace de 5 à 6 centimètres.

Les deux bouts présentent aussi des lésions intéressantes ; le bout supérieur est généralement dilaté et épaissi, mais ses parois sont friables et se déchirent facilement. Le bout inférieur est aminci, friable et diminué de volume. Parfois même, il est complètement oblitéré au voisinage de l'éperon. En pareil cas l'intestin s'atrophie, prend le volume du petit doigt et s'amincit au point de ne plus pouvoir porter des sutures non perforantes. Naturellement il est aussi très friable. J'ai saisi sur le fait le mécanisme de cette oblitération sur deux malades de M. Polaillon chez lesquelles la pression d'un anneau crural trop étroit comprimait le bout inférieur ; la muqueuse de ce dernier étant ulcérée ou désquamée, on conçoit donc que la soudure des parois ait eu lieu.

Lorsque l'anus contre nature est consécutif à une hernie gangrenée, il n'est pas rare que l'infection du péritoine se traduise par de petits abcès à la surface des anses intestinales surtout au niveau des deux bouts fixés à la paroi.

On observe aussi de gros abcès de la paroi abdominale consécutifs au phlegmon stercoral qui succède ordinairement à l'établissement de l'anus contre nature des hernies gangrenées. Ces lésions suppuratives ne disparaissent complètement qu'au bout de deux ou trois mois, aussi convient-il d'attendre ces termes avant de tenter une opération quelconque.

Entérotomie. — La destruction de l'éperon s'exécute actuellement par plusieurs méthodes : la première et la plus ancienne consiste dans l'application d'un entérotome. L'instrument de Dupuytren est long, volumineux, gênant, il serre mal et a besoin d'être resserré tous les jours. On préfère, à l'heure actuelle, des instruments légers et à pression élastique, tels que la pince de Collin ou celle que j'ai fait construire.

L'entérotome n'est pas toujours bien supporté ; un de mes malades (obs. I ; voir aussi obs. XX), avait des syncopes au moment de l'application de cet instrument ; chez une femme (obs. II ; voir aussi obs. XXIX) que j'opérai à Lariboisière, dans le service de M. Berger, qui avait bien voulu la recevoir, l'entérotome provoqua des douleurs, des vomissements et une température élevée, 38°5 et 39° ; je fus obligé de renoncer à cette méthode.

Dans une observation publiée récemment dans la *Médecine moderne* (1894, p. 205), par le Dr Adam, on essaya à trois reprises

différentes l'entérotomie mais sans résultat, le malade étant pris de vomissements continuels au moment même de l'application de l'instrument.

Avec un éperon épais, on est exposé à voir la plaie se refermer par le mécanisme des plaies angulaires.

J'ai observé un bel exemple de l'oblitération incessante de la brèche (obs. III ; voir aussi obs. XXXII), chez une malade à laquelle j'avais fait l'entéro-anastomose par le procédé de la pince. A deux reprises la cloison se reforma, et je fus obligé de recourir à l'entéro-anastomose par le procédé des sutures.

Quand on emploie l'entérotome, on peut pincer d'emblée 6 à 8 centimètres de tissus, si la cloison est longue et mince, et si cette application ne provoque pas d'accidents. En cas contraire, on ne pincera que 3 centimètres de cloison; si l'on a encore des accidents, on renoncera à l'entérotome.

Dans les anus cruraux, il existe ordinairement un long trajet entre l'anneau et la peau. Ce trajet est très étroit et ne peut guère être utilisé pour la circulation des matières, même après destruction de l'éperon. Il faudrait pour cela que l'éperon fût détruit dans le ventre, sur une étendue de 6 centimètres environ; malheureusement, on ne peut agir à cette profondeur. Tel était le cas de mon malade à l'observation XXX. En pareil cas, je crois qu'il vaut mieux renoncer à l'entérotomie.

M. Richelot a imaginé un procédé de section rapide, qui consiste à couper la cloison au bistouri entre deux pinces, et à ourler immédiatement par des sutures, chacune des deux lèvres de l'incision. En cas d'éperon très mince et très accessible, ce procédé est très élégant, et je l'ai vu, entre les mains de notre collègue, donner des résultats merveilleux. Toutefois, quand la cloison est un peu épaisse par interposition du mèsentère, on peut avoir des accidents comme cela m'est arrivé sur un malade que m'avait confié mon maître le professeur Duplay.

Obs. IV. — Chez cet homme, la section de l'éperon, et la suture au crin de Florence, s'étaient faites avec une grande simplicité. Malheureusement une artériole rétractée continua à saigner dans l'épaisseur du mésentère; il en résulta un hématome volumineux qui distendit les sutures; celles-ci coupèrent les tissus, l'hématome s'infecta alors et le malade mourut de septicémie localisée sans péritonite.

Pour éviter le retour de pareils accidents, je conseille de faire la section de l'éperon entre deux longues pinces délicates laissées à demeure jusqu'à leur chute spontanée.

Cette méthode présente les avantages suivants : elle permet la destruction de l'éperon en un seul temps, ce qui n'est pas toujours

le cas pour l'entérotome, elle n'expose pas à l'hémorragie et elle permet immédiatement le passage des matières dans le bout inférieur ce qui est très important pour certains malades affaiblis. J'ai pratiqué une fois cette section sur le vivant (obs. V) et j'ai été très satisfait du résultat. Je recommande de faire converger l'extrémité des mors et d'exciser un fragment en V de la cloison.

Voici comment je comprends les indications de l'entérotomie :

1° Avec un éperon long et mince, employer de préférence la méthode de M. Richelot;

2° Avec un éperon long et un peu épais, section entre deux pinces (Chaput);

3° Avec un éperon peu accessible et divergent, applications répétées d'entérotome ou bien emploi des méthodes rapides.

4° Avec un éperon inaccessible, avec un éperon épais de plus d'un centimètre, renoncer à l'entérotomie et recourir aux méthodes rapides. Même indication si la brèche produite par l'entérotome se referme spontanément;

5° Anus cruraux avec trajet très long et très étroit: entérotomie contre-indiquée.

Traitement des fistules stercorales par la suture. — Supposons maintenant que l'éperon a été détruit sur une hauteur de 6 à 8 centimètres, et que les selles se sont rétablies régulièrement par le bout inférieur ce qui est une condition *sine qua non* pour fermer l'orifice. Comment fermerons-nous cet orifice qui n'est plus en somme qu'une simple fistule stercorale plus ou moins large ?

On a renoncé depuis longtemps aux procédés qui consistent à suturer la peau sans toucher à l'intestin, et dans lesquels les sutures baignées largement par les matières échouent à peu près constamment.

Parmi les procédés qui s'attaquent directement à l'intestin, nous éliminerons immédiatement les anciens procédés de cautérisation, ainsi que celui de Denouvilliers dans lequel on dissèque et suture la muqueuse rebroussée ; cette membrane est en effet trop friable pour que les sutures tiennent, aussi cette méthode échoue-t-elle presque constamment.

L'entérorraphie latérale consiste à disséquer l'intestin de la paroi et à adosser les parois intestinales par la suture de Lembert. Malgaigne ne faisait qu'un décollement de quelques millimètres, afin de ne pas ouvrir le péritoine, et ne plaçait qu'un étage de sutures. Czerny et Trélat ouvraient systématiquement le péritoine afin de faire porter les sutures sur un péritoine sain.

Ces deux pratiques ont chacune leurs inconvénients; en effet, dans le procédé de Malgaigne, les parois intestinales insuffisamment

libérées, ne viennent que très difficilement au contact, les sutures sont tiraillées, coupent les tissus et échouent.

D'autre part, je trouve excessif d'ouvrir systématiquement le péritoine quand on peut faire autrement.

Ma formule est la suivante : libérer largement l'intestin, sans s'occuper de péritoine de façon qu'on puisse placer deux étages de sutures séro-séreuses non tiraillées.

L'entérorraphie latérale a donné 13 succès sur 13 cas rapportés par Gœtz ; récemment MM. Février, Kirmisson, Bœckel, Berger, Routier, ont eu de très beaux succès par cette méthode.

Je l'ai employée aussi dans 6 cas, avec 6 succès ; quatre fois le péritoine n'a pas été ouvert.

Obs. VI (voir aussi obs. XXXI). — Anus artificiel sur le cœcum pour une occlusion intestinale causée par un rétrécissement du côlon descendant. Entéro-anastomose par le procédé de la pince, fermeture de la fistule médiane par entérorraphie latérale sans ouverture du péritoine, avec le concours de mon collègue M. Routier. *Guérison.*

Obs. VII. — Jeune homme atteint d'une fistule ombilicale consécutive à une tuberculose du péritoine. Envoyé par le Dr Marfan. Entérorraphie latérale sans ouverture du péritoine. *Guérison.*

Obs. VIII. — Fistule consécutive à un anus contre nature traité par l'entérotomie plusieurs années auparavant. Avec M. Rochard, nous pratiquons l'entérorraphie latérale sans ouverture du péritoine. *Guérison.*

Obs. IX. — Femme ayant subi une laparotomie pour péritonite tuberculeuse ; une fistule intestinale s'établit ultérieurement. Première opération réparatrice : insuccès. Entérorraphie latérale par MM. Peyrot et Chaput. *Guérison.*

Obs. X. — Malade porteur d'une fistule sur une hernie inguinale. Entérorraphie latérale avec ouverture du péritoine. Cure radicale de hernie. *Guérison.*

Obs. XI (même malade que dans l'obs. XVII). — Femme ayant subi la section de l'éperon par la méthode de Richelot puis la suture par abrasion par MM. Richelot et Chaput. Échec.

Nouvelle abrasion avec ligature en masse par MM. Chaput et Picqué, échec partiel ; entérorraphie latérale avec ouverture du péritoine par M. Chaput. *Guérison.*

L'entérorraphie latérale n'est pas applicable aux très larges orifices, quoi qu'en ait dit M. Février dans son mémoire des *Archives provinciales de chirurgie* (mars 1894).

Ici, distinguons deux cas : dans l'un l'intestin est rectiligne et

parallèle à la paroi, l'orifice ayant été établi latéralement sur une anse intacte comme dans l'entérostomie. M. Février soutient qu'en plaçant les fils parallèlement à l'axe de l'intestin, de façon à obtenir une ligne de réunion transversale, on n'a pas à craindre le rétrécissement. Or, si l'on jette un coup d'œil sur la figure 1, empruntée à M. Février lui-même, il est facile de voir que le rétrécissement est réel. En outre, l'éperon formé par la suture peut jouer le rôle de

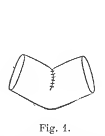


Fig. 1.

Sutures parallèles à l'axe de l'intestin pour fermer une large fistule. Sur cette figure calquée sur celle de M. Février, il est facile de voir que cette suture rétrécit l'intestin.

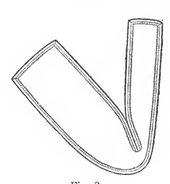


Fig. 2.

Montrant comment la suture d'un orifice trop large peut oblitérer le bout inférieur rétréci.

valvule et venir s'appliquer contre la paroi opposée du bout inféférieur et produire ainsi une véritable occlusion (*fig.* 2). Pour empêcher ce mécanisme valvulaire et en même temps supprimer le rétrécissement, je conseille d'employer l'excision losangique avec suture des bords contigus du losange, que j'ai décrite dans ma dernière communication sur les hernies gangrenées

Je donne *in extenso* l'observation suivante (inédite) dans laquelle j'ai employé l'excision losangique.

Obs. XII. — *Carcinome de l'S iliaque. Résection. Anus contre nature. Guérison. — Fermeture de l'anus contre nature par excision losangique. Sutures tiraillées insuffisantes. Mort, par le* Dr Chaput.

Laure P..., âgée de 28 ans a eu à l'âge de 16 ans un érysipèle de la face.

A 21 ans elle a accouché normalement; les suites de couches ont été simples.

Depuis 6 ans elle accuse des douleurs au moment des règles, siégeant dans le bas-ventre. Ces douleurs s'accompagnent de besoins fréquents d'aller à la selle. Elle a aussi depuis cette époque des pertes blanches plus abondantes.

Depuis un an et demi les douleurs sont devenues plus vives, avec

irradiations dans les reins, les cuisses et les fosses iliaques; surtout pendant la période menstruelle.

Les règles durent seulement trois jours et sont peu abondantes. L'appétit est diminué, la malade présente des signes de dyspepsie flatulente. Elle a fréquemment de la diarrhée. Rien aux poumons, ni au cœur, pas d'amaigrissement, pas d'albuminurie. L'examen physique montre un utérus de volume normal en situation normale, anti fléchi, mobile.

On trouve dans les culs-de-sac vaginaux, à gauche une masse salpigienne du volume d'un œuf de poule, se continuant avec un empâtement considérable de la fosse iliaque; à droite tumeur moins volumineuse. On pose le diagnostic de salpingite.

Opération le 30 juillet 1891. — Laparotomie médiane. A droite et à gauche, les ovaires sont petits et les trompes sinueuses, violacées, reliées par des adhérences à l'ovaire et aux organes voisins. Salpingectomie double.

On trouve sur l'S iliaque une tumeur énorme du volume d'un œuf d'oie, constituée par un cancer de cet organe. Le gros intestin est coupé entre deux pinces au-dessus et au-dessous de la tumeur. L'opération est pénible à cause de masses graisseuses volumineuses qui recouvrent l'intestin et qui saignent considérablement.

Après ablation de la tumeur, on s'aperçoit que les deux bouts ne peuvent qu'avec peine être ramenés au contact; leur muqueuse a pris, sous l'influence de la compression par les pinces, une teinte apoplectique.

Pour toutes ces raisons je renonce à la suture intestinale et j'établis un anus contre nature en fixant les deux bouts à la peau.

Examen des pièces. — Les trompes enlevées présentent des lésions de salpingite catarrhale, les franges du pavillon sont hypertrophiées, l'orifice aldominal est perméable.

La tumeur intestinale est constituée par un cancer végétant qui a rétréci médiocrement l'intestin, elle pèse 180 grammes.

La malade guérit de cette intervention.

Le 14 septembre 1891, je fais une application de pince entérotome sur un éperon très épais; les mors de l'instrument chevauchent, et il tombe le 16 septembre.

Le 21 septembre, la malade étant anesthésiée, je fais aux ciseaux la section de l'éperon sans ouvrir le péritoine; la brèche de l'éperon est tamponnée à la gaze iodoformée. Les selles ne se rétablissent pas régulièrement par l'anus vrai.

Le 21 octobre 1891, laparotomie; incision verticale au-dessus et au-dessous de l'anus contre nature. Isolement de l'intestin adhérent à la paroi. A gauche de l'orifice anormal ou rencontre un cloaque purulent contenant environ 30 grammes de pus; évacuation et désinfection du cloaque au sublimé et à la teinture d'iode.

Je résèque les bords friables de l'orifice intestinal, puis je place un étage de sutures séro-séreuses pour fermer cet orifice, mais les sutures produisent un rétrécissement notable.

Je fais en avant une fente verticale, j'excise les sommets des lambeaux et je suture les bords contigus du losange (excision losangique).

Les sutures sont tellement tendues que je ne puis en placer un second étage.

Drainage du cloaque à la gaze iodoformée. Suture partielle de la paroi abdominale. La malade mourut le 24 octobre; on trouva à l'autopsie une péritonite aiguë par sutures insuffisantes.

J'ai eu le tort, dans cette observation, de vouloir fermer quand même l'anus anormal; les deux bouts étant trop courts et les sutures étant trop tendues, j'aurais dû renoncer à l'opération radicale et laisser persister indéfiniment l'anus iliaque gauche.

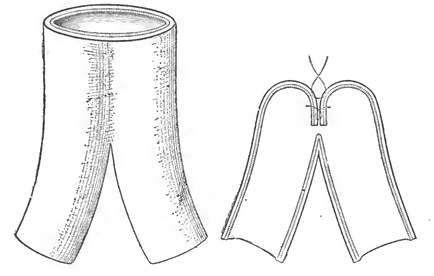


Fig. 3.
Large anus contre nature avec deux bouts d'intestin perpendiculaires à la paroi. L'éperon a été détruit.

Fig. 4.
La suture des larges orifices rétrécit considérablement l'intestin.

Mais revenons aux larges orifices ; dans une seconde catégorie de cas, il s'agit d'un véritable anus contre nature dans lequel les deux bouts sont perpendiculaires à la paroi. Lorsque, après destruction de l'éperon, on veut exécuter l'entérorraphie latérale, on est obligé de faire subir aux parois intestinales une inflexion beaucoup plus considérable, rendue encore plus difficile à cause de l'épaisseur, de la rigidité et de la friabilité ordinaire des parois. Celles-ci s'appliquent mal l'une à l'autre, elles godent, les sutures sont tiraillées et coupent facilement.

D'autre part, avec des parois épaisses et verticales on a besoin

d'une inflexion beaucoup plus complète, de telle sorte que la saillie déterminée par les sutures dans l'intestin vient presque au contact de l'éperon, s'il n'a pas été détruit sur une étendue très considérable, 8 ou 10 centimètres au moins (*fig.* 4).

L'entérorraphie latérale est donc très aléatoire avec des orifices très larges, avec insertion perpendiculaire de l'intestin à la paroi [1]. C'est surtout pour ces cas spéciaux que la suture par abrasion, que j'ai décrite en 1889 au Congrès de chirurgie, me paraît particulièrement avantageuse.

Je rappelle sommairement la technique de cette opération : incision circulaire autour de l'orifice séparant l'intestin de la paroi sur une hauteur de 2 centimètres ; excision de la muqueuse aux ciseaux ou à la curette sur une hauteur de 1 centimètre ; sutures mettant au contact la face interne des musculeuses avivées.

Il y a plusieurs manières de traiter la muqueuse qui reste en place ; tout d'abord je ne m'en occupais pas, mais j'ai eu dans un cas (obs. XIX) une hémorragie grave de la tranche de cette muqueuse. Je l'ai ensuite décollée, rabattue en dedans et suturée comme Denouvilliers (par des sutures non perforantes), tout en conservant la suture des musculeuses ; mais j'ai dû renoncer à cette pratique à cause de la fragilité de la membrane qui porte mal les sutures ; actuellement je crois plus rationnel de faire une suture perforante de la tranche de la muqueuse, rabattue et non réséquée pour l'hémostase, et par dessous une autre suture maintenant au contact la face interne des musculeuses avivées.

Je conseille aussi de placer un petit drain à l'une des extrémités de la suture intestinale comme soupape de sûreté contre la tension gazeuse.

Quant à la suture de la paroi abdominale, je pense qu'on peut avantageusement l'abandonner, comme l'a fait M. Schwartz avec succès ; il suffira de bourrer la plaie à l'iodoforme. De cette façon, elle ne sera pas infectée par l'écoulement du drain.

On voit que nous sommes loin des procédés anciens dans lesquels on se bornait à suturer l'orifice cutané ; avec Malgaigne, on sutura séparément l'intestin et la paroi abdominale ; actuellement nous ne nous occupons plus que de l'orifice intestinal, et nous ne fermons plus la paroi.

La suture par abrasion présente l'avantage d'être très simple, de ne pas ouvrir le péritoine et de ne pas infléchir l'intestin de façon à former une saillie se portant à la rencontre de l'éperon.

[1] Cependant, avec un orifice étroit, des parois souples et une large brèche à la cloison, ce procédé peut donner de bons résultats comme à Bœckel et à M. Berger.

J'ai exécuté treize fois la suture par abrasion ; voici l'indication sommaire de ces observations :

Obs. XIII (même malade que dans les obs. VI et XXIX). — Anus cœcal pour occlusion causée par un rétrécissement du côlon descendant. Entéro-anastomose par le procédé de la pince; fermeture de l'anus cœcal par abrasion. *Guérison.*

Obs. XIV. — Malade de M. Letulle, choléeystotomie pour calcul biliaire; quelques jours après, suture par abrasion. *Guérison.* (Mémoire des *Archives de médecine*, 1890.)

Obs. XV. — Anus artificiel pour occlusion par M. de Saint-Germain. Suture par abrasion. Échec, mort de péritonite tuberculeuse. (*Archives*, 1890.)

Obs. XVI. — Hernie gangrenée. Anus contre nature. Entérotomie. Suture par abrasion par Trélat et Chaput; petite fistule, guérie ensuite spontanément. (*Thèse de Philippe*, 1890.)

Obs. XVII (même malade que dans l'obs. XI). — Anus contre nature pour gangrène herniaire. Section de l'éperon par M. Richelot d'après sa méthode. Suture par abrasion par MM. Richelot et Chaput. Échec partiel, fistule rétrécie, nouvelle abrasion avec ligature en masse par MM. Chaput et Picqué. Échec partiel, fistule rétrécie. La malade a été guérie par l'entérorraphie latérale (*Thèse de Philippe*, 1890.)

Obs. XVIII. — Anus contre nature pour gangrène herniaire établie par M. Poirier. Entérotome. Suture par abrasion par MM. Marchand et Chaput; petite fistule guérie ensuite spontanément. (*Thèse de Philippe.*)

Obs. XIX. — Hernie gangrneée, anus contre nature. Entérotome. Échec du procédé Malgaigne. Ligature en masse sans abrasion. Petite fistule guérie spontanément. (Mémoire des *Archives*, 1890.)

Obs. XX. — Anus artificiel pour occlusion par M. B. Anger. Entérotome. Abrasion avec ligature en masse. Hémorragie par la tranche de la muqueuse. Ligature en masse placée plus loin pour l'hémostase. Sphacèle des tissus, reproduction de la fistule. Cachexie, mort. A l'autopsie, étranglement du bout supérieur par la bride ayant déjà causé l'occlusion antérieure.

Obs. XXI. — Cancer du rectum, anus iliaque préliminaire à l'opération de Kraske. Fermeture de l'anus iliaque par le procédé de l'abrasion, par MM. Quénu et Chaput. Guérison sans fistule.

Ultérieurement le malade présente des phénomènes d'occlusion par paralysie intestinale qui forcent M. Quénu à ouvrir de nouveau l'anus iliaque.

Obs. XXII. — Distension avec douleurs de la vésicule biliaire. Cho-

lécystotomie par M. Terrillon. Fermeture de la fistule par MM. Terrillon et Chaput par l'abrasion avec ligature en masse. Guérison. Ultérieurement M. Bouilly est obligé d'ouvrir à nouveau la fistule à cause de la reproduction des phénomènes douloureux.

Obs. XXIII. — Étranglement latéral, gangrène herniaire. Fistule pyo-stercorale consécutive. Abrasion du trajet. Ligature en masse. Guérison par le professeur Tillaux et M. Chaput.

Obs. XXIV. — Fistule cœcale consécutive à une typhlite; première opération réparatrice par M. Tuffier. Seconde opération de suture par abrasion par MM. Tuffier et Chaput. *Guérison.*

Obs. XXV. — Hernie gangrenée. Anus contre nature par le Dr Branthomme. Cachexie extrême. Section de l'éperon entre deux pinces (obs. V). Suture par abrasion avec drain de sûreté. Échec de la suture. Mort. A l'autopsie on trouve le petit bassin rempli d'adhérences oblitérant presque complètement l'intestin.

En résumé, sur ces treize observations, nous comptons un insuccès partiel (obs. XVII), trois morts indépendantes de l'opération (une par bride, obs. XX ; une par péritonite, obs. XV ; une par rétrécissement très serré et très étendu du bout inférieur, obs. XXV) et neuf guérisons.

A ces chiffres personnels, joignons les succès suivants : deux de Polaillon, un de Schwartz, cinq de Tuffier, un de Ricard, un de Hue, un de Villar, un de Mardret, un succès partiel de Dayot père.

A côté de la méthode en deux temps, par entérotomie et anaplastie, s'en dressent trois autres, plus rapides : la résection suivie de sutures, qui supprime radicalement la lésion ; l'entérorraphie longitudinale sans résection, et l'entéro-anastomose qui tourne la difficulté.

Résection intestinale. — La résection paraît, au premier abord, très satisfaisante, puisqu'elle supprime à tout jamais l'orifice anormal et rétablit en même temps la continuité du tube digestif.

Rapidité dans l'exécution et guérison absolue, telles sont les principales qualités de cette opération quand elle ne tue pas les malades. Malheureusement la mortalité est très élevée pour bien des raisons : la libération de l'intestin adhérant à la paroi provoque des hémorragies considérables et perd beaucoup de temps; les deux bouts sont de calibre très inégal et souvent surchargés d'appendices graisseux, d'adhérences épiploïques qui rendent la suture difficile. Les deux bouts sont enflammés, probablement infectés et très friables, surtout le bout inférieur ordinairement aminci et atrophié. Les sutures sont difficiles à exécuter correctement, et

souvent elles coupent les tissus. Enfin il est à peu près impossible de ne pas s'infecter les mains, de ne pas souiller le péritoine dans les manœuvres de décollement.

Pour toutes ces raisons, je repousse actuellement la résection comme méthode générale, et je ne lui reconnais qu'une indication formelle, c'est lorsque, au cours d'une entérorraphie latérale, l'intestin se déchire largement. On doit alors faire la résection et suturer les deux bouts.

C'est ce que nous avons fait, M. Marchand et moi, dans l'observation suivante, dans laquelle il s'agissait d'un anus du côlon descendant avec éperon épais et divergent contre-indiquant l'entérotomie. Nous ouvrîmes l'abdomen avec l'intention d'exécuter l'excision losangique ; mais, au cours des manœuvres de libération, l'intestin très friable se déchira ; nous fîmes la résection suivie de suture circulaire avec fente. La malade guérit admirablement ; voici l'observation *in extenso :*

Obs. XXVI. — *Anus contre nature siégeant sur le côlon descendant. Laparotomie. Résection intestinale. Entérorraphie circulaire avec fente. Guérison par MM. Marchand et Chaput, chirurgiens des hôpitaux.* (Inédite.)

La malade, âgée de 28 ans, a subi il y a quelques mois une laparotomie exploratrice pour une tumeur de l'hypocondre gauche. Au cours de cette opération le gros intestin fut blessé et fixé à la peau en anus contre nature.

A la date du 1er août, on constate un orifice siégeant à égale distance entre l'épine iliaque A. S. et les fausses côtes. Cet orifice bordé de muqueuse, mesure 3 centimètres sur 4 centimètres. On trouve facilement avec le doigt les deux bouts dont l'un se dirige en haut et l'autre en bas. L'épreuve du lavement démontre avec évidence qu'il s'agit du gros intestin. Éperon très court formé par la paroi postérieure ; les deux intestins ne sont accolés que sur une étendue de 3 centimètres environ. Nous renonçons à faire une application d'entérotome, car si on ne pince que l'éperon, la brèche sera insuffisante, et si on veut pincer une plus grande étendue de tissus en engageant profondément les mors de l'instrument, on s'exposera à une perforation de l'intestin tiraillé trop violemment. Nous nous décidons à exécuter l'entérorraphie latérale avec excision losangique.

Le 1er août 1892, on incise l'abdomen au-dessus et au-dessous de l'anus normal ; on décolle l'intestin de la paroi, mais au cours de cette dissection le bout supérieur se déchire largement. On résèque alors la région malade sur une étendue de 3 trois travers de doigt environ. On procède ensuite à la suture des deux bouts. On place d'abord deux étages de sutures séro-séreuses puis un troisième étage mucomuqueux sur la demi-circonférence postérieure de l'intestin.

On fait ensuite sur les deux bouts une fente longitudinale dont on

excise les quatre sommets pointus flottants; cette excision donne aux deux fentes réunies l'aspect d'un losange. On suture alors entre eux les bords contigus du losange, de telle sorte que les angles les plus éloignés arrivent à s'appliquer l'un sur l'autre, les deux moitiés du losange ayant tourné autour du petit diamètre de la figure comme autour d'une charnière. On place deux plans de suture sur les bords du losange (un plan muco-muqueux et un plan séro-séreux).

Sutures de sûreté au niveau des angles obtus du losange.

Drainage abdominal iodoformé à cause d'un suintement sanguin important. Régime des liquides. Opium. Le deuxième jour la malade se lève par forfanterie et le 6 août on trouve quelques matières dans le pansement, mais cet accident ne se reproduit plus et la guérison se fait sans complications en quelques semaines.

Dans une seconde observation qui m'est encore commune avec M. Marchand (de Saint-Louis) (obs. XXVII), nous avions l'intention de pratiquer l'opération de l'abrasion, mais après l'incision circulaire, nous entrâmes presque immédiatement dans le péritoine. Nous constatâmes alors la présence d'un rétrécissement très net du bout inférieur. Sur le conseil de M. Monod qui assistait à l'opération, nous fîmes la résection suivie de la suture circulaire par abrasion. Guérison parfaite (publiée dans la *Thèse de Philippe*, 1890).

Dans l'observation XXVIII, qui m'est commune avec M. Reclus, nous avons, avec beaucoup de peine, décollé l'intestin de la paroi, nous l'avons réséqué et avons fermé les deux bouts en cul-de-sac, puis nous établîmes une anastomose un peu plus haut. L'opération dura deux heures et la malade très affaiblie avant l'opération s'éteignit sans température ni péritonite. [Publié dans mon mémoire sur l'entéro-anastomose (*Archives de médecine*, 1891).]

Entérorraphie longitudinale sans résection. — On peut encore fermer en un seul temps un anus contre nature sans faire de résection préalable, à la condition d'employer l'opération que j'ai décrite sous le nom d'entérorraphie longitudinale et qui consiste à faire deux fentes longitudinales sur chacun des deux bouts placés côte à côte en canons de fusil, à suturer les lèvres homologues de chaque fente, et à fermer ensuite l'orifice terminal par des sutures séro-séreuses ou par abrasion. Dans le cas d'anus contre nature, il est indiqué de faire une incision circulaire autour de l'orifice, d'entrer dans le péritoine, de tirer à soi les deux bouts et d'exécuter alors l'entérorraphie en question. J'ai employé ce procédé dans l'observation suivante :

Obs. XXIX qui m'est commune avec M. Gérard-Marchant. Malade de l'observation II. — Il s'agissait d'un anus contre nature avec oblité-

ration du bout inférieur; dans une première opération nous allâmes à la recherche de ce bout qui fut trouvé et suturé à la peau. On fit ensuite des applications d'entérotome qui furent mal supportées. Nous exécutâmes alors la laparotomie; l'intestin fut décollé de la paroi, et nous fîmes l'entérorraphie longitudinale sans résection. La malade épuisée mourut sans péritonite. (*Thèse de Marin*, 1891.)

Le Dr Adam a publié dans la *Médecine moderne* (1894, p. 205) l'observation suivante suivie de succès, intitulée : *Anus contre nature, entérorraphie par le procédé de Chaput. Guérison.* — Il s'agit d'un malade de 29 ans qui, quatre mois auparavant avait été opéré par le professeur Gross pour une hernie gangrenée. M. Gross avait suturé les deux bouts intestinaux en canons de fusil à la paroi. La plaie une fois nettoyée, les portions sphacélées tombées, on essaya à trois reprises différentes l'entérotomie, mais sans résultat, le malade étant pris de vomissements au moment même de l'application de l'entérotome. M. Adam décolla alors de la paroi sous le chloroforme les deux bouts de l'intestin; il réséqua la muqueuse exubérante à l'aide du thermo-cautère puis il incisa les deux bouts longitudinalement sur une longueur de trois centimètres; suture muco-muqueuse et séro-séreuse des fentes longitudinales et suture de l'orifice terminal à deux étages. Fil de sureté. Le tout est rentré dans le ventre. Surjet sur le péritoine; crins de Florence sur la peau. Le malade guérit rapidement avec une petite fistule qui persista pendant trois semaines. Le malade est resté complètement guéri et travaille comme auparavant de son métier de fondeur.

Notre collègue Michaux nous a communiqué une observation analogue suivie de succès.

L'entérorraphie longitudinale sans résection, est une opération très séduisante dans les anus inguinaux ou ombilicaux facilement accessibles. Dans les anus cruraux la libération de l'intestin est compliquée, longue, elle s'accompagne d'hémorragies considérables l'intestin est friable, les deux bouts sont rétrécis, aussi vaut-il mieux renoncer dans ce cas à cette opération.

Dans notre observation XXX qui fut très difficile, il s'agissait précisément d'un anus crural.

L'opération est encore contre-indiquée lorsque les parois intestinales sont friables et se déchirent facilement.

Elle me paraît formellement indiquée :

1° Dans les anus inguinaux, quand l'entérotome est mal supporté quand l'éperon est divergent, épais ou inaccessible;

2° Dans les anus haut situés, pour lesquels l'affaiblissement du malade commande une intervention immédiate et immédiatement curatrice de l'écoulement stercoral;

3° Si l'on constate, au cours d'une entérorraphie latérale, que le bout inférieur est sensiblement rétréci comme dans l'observation XXVII. On exécutera l'entérorraphie longitudinale par une incision circonscrivant l'anus contre nature. On ouvrira le péritoine circulairement et on attirera par cet orifice les deux bouts hors du ventre ; on exécutera les deux fentes puis l'oblitération de l'orifice terminal avec ou sans tube de sûreté; enfin on maintiendra fixées à la paroi les sutures de l'orifice terminal.

Entéro-anastomose. — Étudions maintenant l'entéro-anastomose qui consiste, comme on le sait, à faire communiquer latéralement deux anses intestinales sans résection préalable. Cette opération est plus simple et plus bénigne que la résection parce qu'elle s'exécute sur un intestin sain et parce qu'on n'a pas besoin de décoller l'intestin de la paroi ni de le réséquer.

Imaginée par Maisonneuve, l'entéro-anastomose a été employée ensuite dans le traitement des anus contre nature par Casamayor, Laugier, Comte, Terrillon et Chaput, Richmond, Reclus et Chaput, Delagénière du Mans, de Larabri, etc.

Je conseille de pratiquer la laparotomie médiane, d'aller à la recherche des deux bouts insérés à la paroi et de les amener dans la plaie médiane; on fait alors sur chacun d'eux une fente longitudinale, et on suture ensemble à trois étages les lèvres homologues de chaque fente, de manière à établir une communication latérale entre les deux bouts.

Ici, se dresse une difficultés considérable; celle d'empêcher les matières de continuer à passer par la fistule, car le fait d'avoir établi une communication latérale entre les deux bouts, ne supprime en aucune façon leur perméabilité.

On a imaginé toute une série de précautions pour empêcher ce passage.

M. Comte (*Revue méd. de la Suisse romande*, 1889) a coudé l'intestin transversalement à l'aide d'un pli maintenu par des sutures, mais sans succès.

M. Le Dentu (*Clinique inédite*) a fait à l'intestin un pli longitudinal destiné à le rétrécir; même insuccès.

Le 21 juin 1892, j'ai répété sur le chien la manœuvre recommandée par M. Le Dentu. J'ai d'abord établi une anastomose iléocolique. Le bout périphérique de l'intestin grêle fut ensuite rétréci par un pli longitudinal fixé par des sutures. L'animal guérit. Je le tuai le 11 juillet 1892; à l'autopsie, le bout rétréci avait repris son volume normal.

Un troisième procédé, plus radical, consiste à sectionner transversalement les deux bouts et à les oblitérer en cul-de-sac.

Cette pratique a été suivie dans l'observation très curieuse de Körte (*Sem. méd.* 1894, page 203), que je résume rapidement : Tuberculose du cœcum, résection iléo-cœcale suivie de la suture des deux bouts à la peau. Première entéro-anastomose entre l'intestin grêle et le côlon transverse ; les matières continuent à s'écouler au dehors. Deuxième anastomose de l'intestin grêle avec l'S iliaque ; on sectionne en outre complètement le bout inférieur de l'intestin grêle au-dessous de l'anastomose, et on ferme en cul-de-sac les deux orifices résultant de cette section. — Nouvel échec. Nouvelle opération dans laquelle on sectionne le côlon descendant avec oblitération des deux orifices. Les matières cessent de passer par l'anus contre nature, mais il s'en écoule une quantité notable de mucus et Körte se crut obligé de réséquer la portion inutile de l'intestin qui sécrétait ainsi. Le malade guérit.

La résection de la portion d'intestin qui sécrétait abondamment me paraît inutile. J'ai vu plusieurs malades chez lesquels cette sécrétion n'existait pas ou se tarissait rapidement. Chez une malade de l'observation XXX, la sécrétion des deux bouts, longs chacun de 20 centimètres, a d'abord été gênante, mais elle a rapidement diminué et elle est actuellement à peu près nulle. Chez un malade de M. Polaillon (*Th. de Philippe,* 1890) porteur d'un anus ombilical du côlon transverse avec oblitération de l'orifice ombilical du bout inférieur, ce bout ne sécrétait pas de mucus par l'anus vrai.

De même, chez mon malade de l'observation XXXI porteur d'un rétrécissement du côlon descendant, il n'existait pas non plus d'écoulement muqueux par l'anus. Je pense donc que si Körte avait attendu quelques semaines de plus, la sécrétion se serait tarie rapidement, car la muqueuse s'atrophie vite par inactivité.

Pour en revenir aux manœuvres destinées à empêcher les matières de continuer à passer par l'anus contre nature, je repousse absolument la section des deux bouts avec oblitération des quatre orifices, car ces manœuvres prolongent considérablement l'opération.

On pourrait procéder d'une manière plus simple, faire l'anastomose latérale sans sectionner l'intestin et fermer ensuite la fistule par abrasion ou par entérorraphie latérale ; ce serait infiniment préférable aux manœuvres précédentes ; mais j'ai imaginé un procédé encore plus simple et plus efficace qui m'a permis d'éviter la fermeture de la fistule. Ce procédé consiste à lier chacun des deux bouts au-dessous de l'anastomose avec une lanière de gaze iodoformée peu serrée.

J'ai fait le 18 juillet 1892 l'expérience suivante sur un chien : j'établis d'abord une anastomose entre une anse grêle et le gros intestin. Je lie ensuite le bout périphérique de l'intestin grêle à la gaze iodoformée.

L'animal guérit ; je le tue le 22 août 1892, la portion inutile de l'intestin est atrophiée, et je trouve au niveau de la ligature des adhérences considérables ; la gaze était en outre en voie de migration dans l'intestin. Il est probable qu'en attendant un peu plus longtemps, la gaze se serait éliminée complètement dans l'intestin, et que celui-ci serait resté imperméable en raison des adhérences qui l'étranglaient.

J'ai employé le même procédé sur un malade qui a guéri parfaitement et que j'ai présenté le 14 février 1894 à la Société de chirurgie.

Obs. XXX. — *Anus contre nature (crural droit). Entéro-anastomose et ligature des deux bouts à la gaze iodoformée. Guérison*, par le Dr Chaput, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Arthur A..., âgé de 48 ans, est atteint d'un anus contre nature de la région crurale droite qui a été établi il y a onze mois à l'occasion d'une hernie étranglée et gangrenée. L'opération a été faite par le Dr Damalix, de Saint-Maurice ; après une tentative infructueuse pour guérir le malade de son infirmité, M. Damalix m'a fait l'honneur de me l'envoyer.

A l'inspection, on constate l'existence d'un orifice ovalaire dont le grand diamètre vertical mesure 2 centimètres, tandis que le transversal ne mesure que 1 centimètre. Au fond de l'orifice cutané déprimé, on aperçoit un bourrelet muqueux caractéristique. Les matières qui s'écoulent sont jaune clair et très liquides en tout semblables au contenu de l'intestin grêle. L'orifice est situé à 2 centimètres au-dessous de l'arcade crurale, l'artère fémorale se trouve un peu en dehors.

A 3 centimètres de profondeur, on constate avec le petit doigt la présence d'un éperon très saillant, épais de 1 centimètre environ. Le doigt pénètre dans les deux bouts qui divergent fortement ; le bout inférieur se dirige en haut en arrière et en dehors, le bout supérieur se dirige en dedans et en arrière.

La peau qui avoisine l'anus contre nature est excoriée par les liquides intestinaux ; le passage de ces liquides sur la peau provoque des douleurs.

Le malade présente des selles normales par l'anus vrai.

La digestion est bonne, la nutrition satisfaisante et le malade n'est pas très amaigri.

Rien dans la poitrine ; urines normales,

Le malade n'a jamais eu de maladie antérieure. Il a eu 13 enfants dont 6 jumeaux, 7 sont encore vivants et bien portants.

Étant donnée la divergence des deux bouts, j'avais à craindre que l'entérotome, appliqué largement, ne déchirât l'intestin ou ne pinçât une autre anse interposée. L'étroitesse de l'orifice cutané m'aurait empêché de vérifier avec le doigt la bonne application de l'instrument. D'autre part, des applications restreintes et modérées d'entérotome

Paris. — Imp. Paul Dupont, 4, rue du Bouloi (Cl. 46.7.94). *Le gérant* : G. Masson.

auraient nécessité plusieurs séances et une grande perte de temps. Le malade, excédé de son infirmité et désirant être guéri le plus tôt possible pour gagner sa vie et celle de sa famille, me suppliait de le guérir d'une façon rapide.

Je me décidai donc à employer le procédé suivant : le malade ayant été mis au lait exclusivement deux jours avant son opération, je fis le 15 janvier 1894 une laparotomie médiane. Après avoir ouvert le péritoine, j'allai immédiatement dans la région herniaire, reconnaître les deux bouts d'intestin adhérents à la paroi; les suivant de bas en haut, je les saisis à la hauteur convenable et les amenai dans la plaie abdominale. Je passai, à travers le mésentère des deux anses, deux sondes cannelées à 10 centimètres de distance l'une de l'autre pour empêcher les deux bouts de rentrer dans le ventre.

J'exécute alors une première rangée de dix sutures séro-séreuses, accolant les deux anses sur une longueur de 8 centimètres. Une seconde rangée identique est placée au-devant de la précédente. Je fais au-devant de cette seconde rangée une incision de 4 centimètres sur chaque anse; puis une suture muco-muqueuse des lèvres postérieures, une suture muco-muqueuse des lèvres antérieures, deux étages séro-séreux sur ces mêmes lèvres antérieures, enfin je noue ensemble les fils terminaux des sutures séro-séreuses des deux lèvres pour fermer complètement tout le trajet. Une large communication se trouvait donc établie entre les deux bouts. Il fallait maintenant empêcher les matières de se rendre à l'anus contre nature. Au lieu de couper transversalement l'intestin et d'oblitérer en cul-de-sac les quatres orifices, ce qui eût été très long, je préférai lier séparément les deux bouts avec une lanière de gaze iodoformée large de 2 centimètres environ et épaisse de quelques doubles.

Le ventre fut refermé sans drainage, je ne touchai pas à l'anus contre nature.

Le malade guérit sans complication de son opération. Il ne s'écoula plus une goutte de matières par l'anus contre nature. Cet orifice se rétrécit spontanément et si rapidement, qu'un mois après, quand le malade fut présenté à la Société de chirurgie (le 14 février 1894) il admettait à peine la pointe d'une sonde cannelée.

J'ai revu le malade le 24 mai 1894, le trajet était presque complètement oblitéré, il ne sécrétait qu'une goutte de liquide clair par jour, le malade n'en était nullement incommodé et ne portait aucun pansement.

Il a repris, depuis le mois de mars, son métier de manouvrier.

Le malade a éliminé le 15 juin ses lanières de gaze par sa fistule, depuis lors l'écoulement muqueux a complètement cessé.

J'ai exécuté l'entéro-anastomose dans cinq autres cas; je donne ici la mention sommaire des trois observations déjà publiées et le détail des deux observations inédites.

Obs. XXXI. — *Occlusion intestinale par rétrécissement du côlon descendant. Établissement d'un anus contre nature sur le cæcum. Entéro-colostomie iliaque gauche par le procédé de la pince. Réparation de l'anus cæcal par abrasion. Distension gazeuse énorme du gros intestin. Fistule sur le côlon transverse pour évacuer les gaz. Guérison*, par le Dr Chaput.

(La première partie de cette observation a été publiée dans mon mémoire sur l'entéro-anostomose (*Arch. de méd.*, 1891).

Le malade opéré, en 1889, revient à la Salpêtrière le 31 octobre 1892 pour un ballonnement considérable du ventre. Ce ballonnement a commencé à se produire après l'oblitération de l'anus cæcal, mais depuis quelques mois il est devenu considérable et gêne notablement le malade.

A l'entrée, on constate une tuméfaction notable du ventre. A la percussion, on trouve une sonorité très nette dans les régions sus-ombilicales et dans les flancs. Cette sonorité présente les caractères de l'estomac distendu. Elle siège dans une zone large de 6 travers de doigt, à ce niveau la paroi est très dépressible, on a conscience qu'il s'agit d'un organe creux très distendu. Connaissant les opérations antérieures subies par le malade, je pense que l'organe distendu est constitué par les côlons transverse et ascendant qui ont continué à sécréter des gaz, lesquels n'ont pu être évacués, ni du côté du rétrécissement, ni par la valvule iléo-cæcale. On peut encore admettre que l'intestin grêle a pu injecter dans le gros intestin des gaz qui y sont restés emprisonnés par la valvule iléo-cæcale d'une part et le rétrécissement d'autre part.

Le 9 novembre 1892, je pratique la laparotomie médiane sus-ombilicale. Je trouve un gros intestin énorme, mesurant 15 à 20 centimètres de diamètre se repliant en tous sens, et remplissant une grande partie de l'abdomen. J'établis une fistule par le procédé de la forcipressure. Deux points de suture sur les lèvres intestinales.

A l'incision de l'intestin il en sort une quantité considérable de gaz fétides qui sifflent pendant plusieurs minutes. Le malade rentre chez lui très soulagé. J'ai appris depuis qu'il était mort chez lui, en janvier 1893, d'une congestion pulmonaire.

L'autopsie n'a pu être faite.

J'ai observé tout récemment une distension gazeuse du gros intestin chez une femme de 78 ans à laquelle on avait fait un anus iliaque gauche sur l'intestin grêle pour une occlusion consécutive à un cancer de la partie supérieure du rectum. Le gros intestin mesurait 10 centimètres de diamètre et contenait du liquide noirâtre et une grande quantité de gaz emprisonnés entre le carcinome et la valvule iléo-cæcale.

Obs. XXXII et XXXIII (Terrillon et Chaput) [publiés dans le mémoire sur l'entéro-anastomose (*Arch. de méd.*, 1891)]. — Gangrène her-

niaire du gros intestin à l'ombilic. Oblitération du bout inférieur. Entéro-anastomose par le procédé de la pince entre l'intestin grêle et l'S iliaque. L'intestin étant très épais et surchargé de graisse, l'anastomose se ferme spontanément par le mécanisme des plaies angulaires. (Obs. XXXII).

Laparotomie, anastomose par le procédé de la suture. *Guérison.* (Obs. XXXIII).

Obs. XXXIV. — *Anus contre nature iléo-vaginal. Entéro-anastomose avec section complète des deux bouts d'intestin. Mort*, par le Dr Chaput.

La malade, âgée de 37 ans, a été opérée le 8 juin 1893 pour un gros fibrome de 1,245 grammes remontant à l'ombilic. J'ai pratiqué l'hystérectomie abdominale supra-vaginale avec ligature directe à la soie des vaisseaux du pédicule.

Au bout de quelques semaines on constate un écoulement purulent abondant par le vagin en même temps qu'un empâtement considérable derrière la paroi abdominale. Une fistule purulente s'établit sur la paroi abdominale. Comme l'écoulement ne tarit pas, le 12 juillet 1893 je sectionne le pédicule sur la ligne médiane par le vagin pour drainer largement l'abcès. Consécutivement à cette intervention, une fistule stercorale s'établit par le vagin.

Le 26 septembre 1893, je pratique la suture de la fistule par le vagin après un double débridement vulvaire. Mais l'orifice est très difficilement accessible, les tissus sont indurés, les sutures sont tendues, aussi deux jours après l'écoulement s'est reproduit.

Le 6 octobre, après avoir purgé la malade deux jours de suite et ne l'avoir alimentée qu'avec du lait, je pratique une laparotomie médiane, j'arrive à trouver très péniblement les deux bouts adhérents au vagin.

J'essaie de les décoller avec les doigts, mais les adhérences étant trop résistantes je dois m'arrêter après une désinsertion partielle.

Je pratique alors une section complète du bout supérieur et du bout inférieur attenants à la fistule, j'obtiens ainsi quatre bouts dont deux dorénavant inutiles se rendent à la fistule; ces deux bouts sont fixés dans la plaie médiane. Les deux autres bouts utiles sont réunis entre eux par une anastomose latérale de 6 centimètres de longueur avec trois étages de sutures (un étage muco-muqueux et deux étages séro-séreux) sur chaque lèvre. Les extrémités terminales sont fermées en cul-de-sac par un seul étage de sutures séro-séreuses.

Le malade meurt le 11 octobre 1893. A l'autopsie on trouva une péritonite adhésive avec du pus disséminé. L'entéro-anastomose est en très bon état ainsi que les bouts terminaux, les lésions sont surtout considérables au niveau de l'anse fistuleuse dont le décollement partiel semble avoir été l'origine du processus septique.

Le foie est graisseux et crie sous le couteau, les reins sont violacés, marbrés, très flasques, les bassinets contiennent du pus très lié.

OBS. XXXV. — *Fistule iléo-utérine consécutive à l'accouchement guérie spontanément. Accidents ultérieurs d'occlusion. Laparotomie, libération des adhérences, fistule stercorale cutanée consécutive. Entéro-anastomose. Guérison opératoire. Mort ultérieure par diarrhée incoercible*, par le Dr CHAPUT.

Eugénie D..., âgée de 37 ans, est entrée le 13 août 1891 à la Salpêtrière.

Mariée à 17 ans, elle a eu 10 enfants. Les quatre premiers sont venus vivants. Le 5e et le 6e mort-nés; aux 7e et 8e accouchements un mort-né et un vivant. Au 9e un enfant vivant, au 10e un enfant mort et un vivant.

Tous les accouchements ont été pénibles et ont nécessité des applications de forceps.

Au dernier accouchement (15 août 1889), après application de forceps, on constata une déchirure complète du périnée. Dès le lendemain, la malade perdait des matières fécales par le vagin aussitôt qu'elle buvait. L'utérus avait été probablement déchiré en même temps que le périnée par un emploi défectueux du forceps; l'intestin s'était hernié dans l'utérus et sphacélé; quelques jours après l'accouchement la malade eut de la péritonite et 15 jours après des pertes abondantes avec expulsion de débris placentaires. Elle fut ensuite soignée à Saint-Antoine par M. Monod qui fit la suture du périnée. Elle perdit encore des matières par le vagin pendant quelque temps, mais sortit guérie de son écoulement stercoral, au bout de cinq mois. Elle souffrait cependant de la fosse iliaque droite, sa constipation était persistante avec des alternatives de diarrhée. Elle avait de fréquentes poussées d'occlusion, son ventre se ballonnait, devenait tendu et douloureux, en même temps qu'apparaissaient des vomissements alimentaires, puis bilieux et fécaloïdes.

Cet état persista pendant une année entière, la malade entra alors à la Salpêtrière.

Quelques jours après son entrée, elle est prise d'une diarrhée abondante au cours de laquelle elle raconte avoir perdu des matières par le vagin pendant plusieurs jours. La diarrhée s'arrête bientôt, mais le 1er septembre la malade est prise de vomissements avec ballonnement et douleurs dans l'abdomen. La palpation abdominale révèle une induration marquée dans la fosse iliaque droite.

L'examen pratiqué par le vagin ne révélant rien d'anormal, je suppose qu'il s'est fait au moment du dernier accouchement une fistule iléo-utérine compliquée de rétrécissement et d'adhérences, et se rouvrant par intervalles. Je me décide à intervenir en raison des douleurs et des poussées d'occlusion.

Le 8 septembre 1891, je pratique dans la fosse iliaque droite une incision verticale dans sa partie supérieure et devenant en bas parallèle à l'arcade crurale.

Je trouve dans le ventre un paquet d'anses adhérentes entre elles et au côté droit du fond de l'utérus. En cherchant à isoler ces anses de

l'utérus, je détermine une perforation ovalaire d'une anse grêle, longue de $1^{cm},50$ et large de 5 millimètres, j'entre ensuite dans une cavité limitée par les anses voisines, large et longue de 8 centimètres environ, communiquant largement avec le cœcum et tapissée d'une muqueuse intestinale; à la partie supérieure de cette cavité, le cœcum paraît rétréci, et le côlon ascendant présente seulement un diamètre de 2 centimètres environ.

Je ferme la perforation de l'anse grêle par deux étages de Lembert; la grande solution de continuité est fermée en suturant ensemble les anses contiguës. Je songe un instant à pratiquer l'entéro-anastomose pour remédier au rétrécissement du cœcum, mais l'opération ayant déjà duré deux heures, je me contente d'avoir paré au plus pressé. Grattage à la curette d'un lambeau de muqueuse faisant partie du pédicule inséré à l'utérus. Un drainage à la gaze iodoformée est placé pour faire l'hémostase des surfaces saignantes.

La malade guérit très bien tout d'abord. Mais à la fin de septembre, un petit abcès se fait jour au niveau de la plaie, et du pus s'écoule, mélangé de matières intestinales. Cette fistule se ferme spontanément et la malade sort complètement guérie le 14 octobre.

Elle revient le 29 octobre, avec une diarrhée persistante et un écoulement de matières par la fistule réouverte.

Le 28 novembre 1891, je pratique la laparotomie médiane; je trouve le côlon ascendant très rétréci. Je reconnais la dernière anse grêle et j'essaie de la suturer au colon transverse, mais je renonce à cette idée à cause de la brièveté du mésocôlon transverse. Je pratique alors une nouvelle incision dans la fosse iliaque gauche et j'amène dans la plaie la dernière anse grêle et l'S iliaque. Ces deux anses sont soulevées par deux sondes cannelées passées à travers leur mésentère et je pratique ainsi hors du ventre une entéro-anastomose avec un orifice de 6 centimètres parallèle au grand axe de l'intestin et trois étages de sutures pour chaque lèvre.

Suture hermétique de la paroi.

Régime des liquides; opium, 20 centigrammes par jour.

Les jours suivants, un peu d'écoulement se produit par la fistule iliaque droite. Au 8e jour, selle par l'anus vrai.

Quinze jours après l'opération la malade est prise d'une diarrhée incœrcible fétide qui s'écoule à la fois par l'anus vrai et par la fistule; cette diarrhée persiste et la malade finit par mourir d'épuisement le 15 janvier 1892.

Pas d'autopsie.

Malgré l'entéro-anastomose l'écoulement a continué par la fistule parce que le bout inférieur n'avait pas cessé d'être perméable.

La diarrhée fétide était évidemment fournie par l'intestin grêle enflammé depuis longtemps, par la stagnation occasionnée par le rétrécissement du cœcum.

On ne saurait admettre que l'abouchement de l'intestin grêle dans le rectum ait à lui seul constitué la diarrhée en déversant tout près de l'anus des matières très liquides, car cette diarrhée était très fétide et

d'autre part, j'ai vu plusieurs de mes malades ayant subi une opération identique, ne pas présenter cette complication.

En résumé, sur six observations d'entéro-anastomose, je compte 1 mort et 5 guérisons.

L'entéro-anastomose peut s'exécuter de quatre manières différentes :

Par le procédé de la suture (Wölfler);

Par le procédé de la pince (Chaput);

Par le procédé des plaques de Senn;

Par le procédé de Murphy.

Les deux procédés les plus recommandables me paraissent être celui de la suture et celui de Murphy. Je fais actuellement des expériences pour établir la valeur comparative de ces quatre procédés d'anastomose, je remets donc à une communication ultérieure la discussion sur la technique de cette opération.

Le siège de l'entéro-anastomose est variable. On l'établit entre les deux anses insérées à la paroi (iléo-iléostomie) quand l'anus siège sur l'intestin grêle; quand il siège sur le cœcum, on doit la faire entre l'intestin grêle et le côlon ascendant, ou le transverse si c'est plus facile (iléo-colostomie ascendante, transverse, descendante, etc.).

Dans mon observation XXXI, l'anus établi sur le cœcum se compliquait d'un rétrécissement du côlon descendant; j'établis l'anastomose entre l'intestin grêle et l'S iliaque, rendant ainsi inutile la plus grande partie du gros intestin et la fin de l'intestin grêle.

Dans une autre observation (XXX), l'anus siégeait sur le côlon transverse à l'ombilic, l'anastomose fut encore établie entre l'intestin grêle et l'S iliaque. Les points inaccessibles du gros intestin sont les extrémités supérieures des côlons ascendant et descendant. L'entéro-anastomose ne peut guère être établie sur ces points, on préférera le côlon ascendant, transverse, descendant et l'S iliaque.

En cas d'anus contre nature siégeant sur l'S iliaque, et incurable par les procédés ordinaires, comme dans mon observation XII, on ne peut améliorer l'état du malade que par deux opérations : ou bien par la méthode de Gersuny, dans laquelle on procure au bout supérieur un sphincter en le tordant sur lui-même, de 360° ou de 540°; ou bien en anastomosant la fin de l'intestin grêle au rectum (laparotomie médiane préalable suivie d'une incision de Kraske).

Indications de l'entéro-anastomose. — L'entéro-anastomose est indiquée toutes les fois que l'entérotomie échoue ou ne peut être employée, et quand en même temps l'entérorraphie longitudinale n'est pas possible (intestins friables, anus cruraux à long trajet étroit).

Lors donc qu'au cours d'une entérorraphie latérale ou longitudinale, on constate que l'intestin se déchire, je conseille d'arrêter l'opération avant l'ouverture du péritoine. On exécute alors la laparotomie médiane et on fait l'anastomose des deux bouts ou l'anastomose à distance (iléo-colostomie).

Indications relatives au bout inférieur. — Lorsqu'il existe un rétrécissement du bout inférieur ou un obstacle sur son trajet à une certaine distance de l'anus contre nature, l'entéro-anastomose est la seule opération acceptable, à moins que l'obstacle ne soit constitué par une tumeur facile à enlever.

Lorsque l'oblitération du bout inférieur siège au niveau même de l'anus contre nature, il est indiqué de faire l'entéro-anastomose si l'oblitération est récente, car les parois intestinales sont peu atrophiées.

Si l'oblitération est ancienne, l'atrophie des parois contre-indique l'anastomose. J'avais conseillé dans le *Traité de chirurgie* d'aller à la recherche du bout inférieur, de l'amener à la peau à côté de l'autre, de lui rendre son volume par des injections alimentaires et de traiter ensuite l'anus comme un cas simple. Mais la multiplicité des opérations me paraît une objection grave à cette pratique. Je crois plus simple d'établir une iléo-colostomie sur l'S iliaque qu'on aura fait fonctionner pendant quelques jours avec des lavements alimentaires.

Conclusions. — On peut traiter les anus contre nature de quatre manières différentes :

A. Par l'application de l'entérotome suivie de l'oblitération de la fistule;

B. Par la résection des deux bouts suivie de suture circulaire;

C. Par l'entérorraphie longitudinale sans résection;

D. Par l'entéro-anastomose.

A. — *a.* L'entérotomie est indiquée pour les anus contre nature non compliqués, c'est-à-dire bien accessibles avec une cloison mince et longue.

Avec un éperon long et mince, il est avantageux d'employer la méthode de Richelot. Section entre deux pinces et suture immédiate. Avec un éperon long et un peu épais, il est plus prudent de faire la section entre deux longues pinces qu'on laisse à demeure.

Avec un éperon divergent et court, on peut à la rigueur employer l'entérotome dont on fera des applications successives.

L'entérotomie est contre-indiquée lorsque l'éperon est très épais ou inaccessible, lorsque la brèche se referme par le mécanisme des plaies angulaires, lorsqu'il s'agit d'anus cruraux avec trajet très long et très étroit.

b. Après destruction de l'éperon, on fermera la fistule stercorale.

Les petites fistules sont justiciables de l'entérorraphie latérale avec larges décollements, avec deux étages de suture, avec ou sans ouverture du péritoine. Pour les larges fistules siégeant à l'extrémité de deux anses perpendiculaires à la paroi, on peut employer soit l'entérorraphie latérale, soit plutôt l'abrasion qui rétrécit moins et n'ouvre pas le péritoine.

B. *Résection.* — La résection intestinale est contre-indiquée d'une manière générale à cause des difficultés de la libération de l'anse, de la souillure inévitable des mains et du péritoine et du mauvais état des parois intestinales.

Cependant, lorsque, au cours d'une entérorraphie latérale l'intestin friable se déchire largement, il est indiqué de réséquer les deux bouts et de les réunir ensuite par des sutures appropriées.

C. *Entérorraphie longitudinale.* — Lorsque l'entérotomie est contre-indiquée pour une raison quelconque, il est avantageux d'employer l'entérorraphie longitudinale sans résection. On fait une incision circulaire à la peau autour de l'anus artificiel, on entre dans le péritoine et on attire à soi les deux bouts. On fait sur chacun d'eux une fente longitudinale dont on suture les lèvres homologues. On ferme ensuite l'orifice terminal soit par invagination, soit par abrasion. Cette opération est encore indiquée lorsque, au cours d'une entérorraphie latérale on constate la présence d'un rétrécissement serré du bout inférieur.

Elle est contre-indiquée avec un intestin friable et dans les anus cruraux (long trajet étroit, difficultés opératoires, friabilité de l'intestin, rétrécissement des deux bouts).

D. *Entéro-anastomose.* — L'entéro-anastomose suivie de ligature des deux bouts à la gaze iodoformée entre l'anastomose et l'anus contre-nature, est une opération simple, bénigne et facile.

Elle est formellement indiquée :

1° Lorsque l'entérorraphie longitudinale est indiquée mais non bénigne (intestin friable, anus cruraux).

2° Lorsqu'il existe un obstacle ou un rétrécissement à distance sur le bout inférieur.

3° Avec une oblitération du bout inférieur au niveau de l'anus contre-nature.

L'entéro-anastomose peut toujours être exécutée avec facilité, elle ne comporte pas elle-même de contre-indications.

Présentation de malade.

Tumeur du rectum, opération de Kraske,

Par M. Pozzi.

La malade que j'ai l'honneur de vous présenter a été opérée, il y a deux mois et demi, d'une tumeur, que l'examen histologique a montré être un épithéliome cylindrique. Elle souffrait depuis près de trois ans et était sujette à des phénomènes d'engouement intestinal, suivis de débâcles. On pensa un instant à lui pratiquer un anus iliaque ; mais comme on finit par sentir la tumeur à bout de doigt, on pensa préférable, étant donné qu'il restait 15 centimètres d'intestin sain, au-dessous d'elle, de recourir à l'opération de Kraske. Celle-ci fut fort pénible. Après l'ablation de la tumeur, on finit par suturer complètement l'intestin, mais on se garda bien de réunir par dessus toutes les parties molles, précaution fort utile, car, au bout de quelques jours, se fit une petite déhiscence de la suture intestinale, actuellement guérie d'ailleurs.

La malade va actuellement fort bien. Elle était, au moment de l'opération, dans le plus triste état, cachectique avec les jambes enflées. Elle avait paru inopérable. Aujourd'hui, le teint est bon, les jambes ne sont plus enflées, et le poids du corps a augmenté de 30 livres.

J'ai enlevé chez elle le coccyx et la partie inférieure du sacrum, jusqu'au troisième trou.

Le doigt porté dans le rectum fait sentir une sorte de relief, qui est formé par le releveur de l'anus, maintenant très accessible, et non pas par une bride cicatricielle ou par des tissus de récidive.

Discussion.

M. Routier. J'ai dernièrement essayé sans succès de pratiquer une nouvelle opération de Kraske. J'ai dû y renoncer et établir un anus artificiel.

M. Pozzi. Une petite manœuvre qui aide beaucoup à dégager la tumeur, consiste à fendre l'intestin dans toute sa hauteur.

M. Championnière. C'est la pratique habituelle de tout le monde.

M. Pozzi. C'est vrai. Mais j'ai rappelé cette petite manœuvre parce qu'elle n'est pas indiquée dans la technique de Kraske.

Présentation d'instruments.

1° *Méthode nouvelle pour la stérilisation des catguts, de la soie, des crins, etc., avec procédé pratique pour contrôler l'état d'asepsie de ces divers matériaux*, par M. Répin.

(Note remise par M. Perier.)

J'ai l'honneur de présenter à la Société de Chirurgie, au nom de M. Répin, une méthode nouvelle de stérilisation du catgut, ainsi qu'un procédé permettant de contrôler, d'une façon à la fois très simple et très sûre, l'état aseptique du catgut, de la soie, des crins de Florence, des drains de caoutchouc, etc.

La méthode de stérilisation du catgut consiste dans l'emploi de la vapeur d'alcool anhydre surchauffée à 120°. M. Répin a reconnu, au cours d'expériences faites à l'institut Pasteur, que la vapeur d'alcool anhydre n'exerce aucune action nuisible sur le catgut et qu'elle possède un pouvoir désinfectant comparable à celui de la vapeur d'eau. Les spores pathogènes les plus résistants, comme celles du vibrion septique, du charbon et du tétanos, sont tuées en 30 à 45 minutes par la vapeur d'alcool surchauffée ; du catgut fabriqué avec l'intestin d'animaux charbonneux et renfermant des spores de la bactéridie est stérilisé, dans le même laps de temps, d'une manière absolue, ainsi que le prouvent les inoculations de contrôle faites aux animaux. Pour appliquer cette méthode avec succès, on dégraisse d'abord le catgut par l'éther, puis on le déshydrate, dans le vide, sur l'acide sulfurique, et enfin on le stérilise dans un appareil spécial formé de deux autoclaves s'emboîtant l'un dans l'autre ; l'autoclave extérieur contient la vapeur d'eau portée à 120°, l'autoclave intérieur renferme la vapeur d'alcool et le catgut. Cette méthode serait évidemment peu pratique si elle devait être appliquée sur une petite échelle, mais, pour une préparation en grand, elle ne présente aucune difficulté. Dans tous les cas, c'est la seule actuellement, qui permette d'obtenir avec certitude du catgut aseptique. Sa généralisation serait de nature à faire tomber les préventions qui se sont manifestées depuis quelques années contre le catgut, en raison de la quasi impossibilité où l'on se trouvait de l'obtenir aseptique.

La seconde innovation, que propose M. Répin, consiste à conserver les fils à sutures non plus dans des liquides antiseptiques, qui masquent la présence des microbes sans les tuer, mais bien au contraire dans un bouillon de culture qui révèle immédiatement cette présence, le cas échéant. Voici, par exemple, des tubes scellés

renfermant du catgut et de la soie avec un bouillon peptonisé : les uns ont été complètement stérilisés et le liquide est et restera d'une limpidité parfaite; les autres l'ont été incomplètement, le bouillon présente un trouble qui ne saurait passer inaperçu. La méthode est tellement sensible qu'une fêlure imperceptible, mais pourtant suffisante pour livrer passage à quelque microbe, est fréquemment suivie de l'altération du liquide. En un mot, c'est une garantie matérielle, infaillible de l'état aseptique du contenu, donnée à tout instant au chirurgien.

On pourra trouver, chez les principaux fabricants d'instruments de chirurgie, de la soie, du catgut, des crins de Florence et des drains de caoutchouc préparés sous cette forme [1].

[1] L'application industrielle de ce système a été brevetée.

2° *Trachéostat*, par M. Bois (d'Aurillac).

Cet instrument, dont le principe est emprunté au blépharostat, est destiné à maintenir béante l'ouverture de la trachée sans y introduire, ou du moins sans y conserver une canule qui peut, comme l'a vu M. Bois, se trouver fermée par une sorte de soupape pseudomembraneuse accolée à son extrémité profonde dans une position telle que l'ablation de la canule interne ne la fait en aucune façon disparaître.

Présentation de pièces.

Cœcum et portion terminale de l'iléon, réséqués pour une altération tuberculeuse, par M. Routier.

M. Polaillon dit avoir opéré avec succès un cas semblable, dans lequel le cœcum formait une tumeur grosse comme une orange.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,
Peyrot.

Séance du 13 juin 1894.

Présidence de M. J.-L. Championnière.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° *Antisepsie et asepsie chirurgicales*, par M. Aug. Reverdin, membre correspondant étranger;

3° Quatre mémoires (en anglais) : (a) *Traitement de la coxalgie*; — (b) *de l'extension continue dans le traitement de la coxalgie;* — (c) *Traitement de la tumeur blanche du genou;* — (d) *Traitement de l'impotence, suite de paralysie infantile*, par M. A. B. Judson (de New-York);

4° Deux mémoires : (a) *Mobilité de la symphise, suite de symphiséotomie; deuxième opération; Symphisorraphie, guérison;* — (b) *ankylose du genou; résection cunéiforme après section transversale de la rotule, guérison,* par M. J. Binaud (de Bordeaux), (M. Quénu rapporteur).

Rapports.

I. — *Extirpation de l'astragale pour pieds-bots équins ankylosés consécutifs à une fracture grave ou compliquée de l'extrémité inférieure de la jambe*, par M. Lafourcade (de Bayonne).

Rapport par M. P. Michaux.

M. le Dr J. Lafourcade (de Bayonne) a adressé il y a quelque temps, à la Société de chirurgie, une observation d'extirpation de l'astragale pour un pied-bot équin ankylosé consécutif à une frac-

ture de l'extrémité inférieure de la jambe. Je résumerai rapidement les traits principaux de cette observation :

Une dame de 40 ans fut atteinte en décembre 1892 d'une fracture compliquée de l'extrémité inférieure de la jambe gauche avec ouverture de l'articulation.

La jambe fut conservée ; après trois mois de pansements phéniqués, les plaies étaient cicatrisées, mais la marche était impossible.

C'est dans cet état que notre confrère trouva la malade dix mois après l'accident, le 8 octobre 1893.

Le pied était ankylosé en équin pur ; il n'était pas creux. La malade ne reposait que sur la tête des métatarsiens et dans cette situation le talon était à 12 centimètres au-dessus du sol. La marche était impossible, douloureuse ; la fracture était consolidée ; il n'y avait aucun mouvement dans l'articulation tibio-tarsienne.

Il n'y avait donc pas d'autre méthode à proposer que l'extirpation de l'astragale, et c'est cette opération qui fut pratiquée par notre confrère le 10 octobre 1893. Précautions antiseptiques. Application de la bande d'Esmarch. Incision partant du bord antérieur de la malléole externe à 2 centimètres de son sommet et aboutissant à l'extrémité postérieure du 5e métatarsien.

Les tendons sont dégagés et réclinés de chaque côté ; M. Lafourcade constate la fusion complète de l'astragale et de l'extrémité inférieure des deux os de la jambe.

L'extirpation régulière n'étant pas possible, notre collègue évide par morceaux ce qui était l'astragale, reconstituant avec la gouge et le maillet une véritable mortaise péronéo-tibiale. La tête de l'astragale est ensuite extirpée de la même manière ; la réduction du pied devient possible. La cavité osseuse est tamponnée avec la gaze stérilisée ; la plaie cutanée suturée sauf au niveau de la mèche de gaze — pansement et appareil plâtré maintenant la réduction obtenue.

Le dixième jour, enlèvement du pansement, de la mèche et des sutures. Le vingtième jour cicatrisation complète ; on commence à imprimer quelques mouvements au pied. Au bout d'un mois la marche devient possible.

Actuellement le pied est à angle droit sur la jambe, repose sur le sol dans toute l'étendue de la face plantaire. Les mouvements ne dépassent pas 35 à 40°. Il y a un raccourcissement de $1^{cm},5$ qui n'est pas perceptible. La région du cou-de-pied est encore légèrement œdématiée le soir, mais la marche s'effectue convenablement et sans canne.

M. Lafourcade conclut de cette opération que l'extirpation de l'astragale donne un résultat aussi favorable que l'extirpation d'un coin osseux de l'articulation tibio-tarsienne ankylosée, telle que l'ont faite Ried et M. Verneuil.

Je m'associe à cette conclusion de l'auteur et je pense comme lui, qu'il ne faut non plus recourir aux ostéotomies et aux résec-

tions anaplastiques de l'extrémité inférieure du tibia et du péroné que dans les cas où la réduction de la fracture est tout à fait vicieuse. L'éloge de l'extirpation de l'astragale n'est plus à faire, pas plus dans les pieds-bots accidentels et particulièrement dans les pieds-bots équins ankylosés, consécutivement à une fracture grave de l'extrémité inférieure de la jambe.

J'ai eu moi-même, il y a deux ans environ, l'occasion de corriger à l'hôpital Beaujon, une grave déviation portant à la fois sur le pied et sur le genou.

Le pied était ankylosé en équin, consécutivement à une grosse fracture de l'extrémité inférieure de la jambe, et le genou fléchi à angle obtus. J'ai pratiqué l'extirpation de l'astragale pour redresser le pied, et pour le genou la mobilisation forcée avec redressement graduel a été suffisante. Le résultat a été des plus satisfaisants, et j'ai la conviction, comme M. Lafourcade, que l'extirpation de l'astragale est réellement, en pareil cas, l'opération la meilleure et la plus indiquée.

II. — *Résultats immédiats et tardifs de la suture scléroticale*, par le Dr FAGE (d'Amiens).

Rapport par M. DELENS.

Le travail que M. le Dr Fage a adressé à notre Société me paraît résumer, en de sages conclusions, et confirmer par des observations bien choisies, ce que nous savons des applications de la suture aux plaies de la sclérotique.

Cette pratique est de celles qui ne sont pas du domaine exclusif de l'ophtalmologie et, à un moment donné, elle peut s'imposer à tout chirurgien soucieux de l'intérêt de ses malades. Mais M. le Dr Fage ne s'est pas contenté de démontrer par de nouveaux faits l'utilité de la suture; il a cherché à en préciser les indications et est arrivé à cette conclusion que les plaies moyennement étendues de la sclérotique sont celles qui en retirent le bénéfice le plus évident. Enfin, il a pu suivre assez longtemps ses opérés pour reconnaître que la suture, toujours immédiatement favorable lorsque les règles de l'antisepsie ont été bien observées, n'empêche néanmoins pas toujours le développement d'accidents inflammatoires tardifs. C'est ce dernier point, bien mis en lumière par lui, qui constitue le côté vraiment intéressant de son travail.

L'auteur rappelle que les publications de Windsor (1871), de Lawson (1873), de Th. Pooley (1874) ont contribué surtout à remettre en honneur la suture scléroticale tentée par Bowmann, Dieffenbach et Critchett.

Il montre les avantages qu'elle donne dans les plaies de la sclérotique à travers lesquelles la choroïde, la rétine et souvent le corps vitré font saillie, et qui ne peuvent guérir spontanément que par la formation d'une cicatrice staphylomateuse. Dans ces conditions, dès le premier moment, la voie est ouverte à l'infection, et, après le développement d'une cyclite plastique, presque toujours survient la phtisie de l'œil.

Les avantages de la suture sont ainsi résumés par lui :

1° Elle met les milieux oculaires à l'abri de l'infection, à condition qu'elle soit faite de suite après l'accident et avec l'emploi de l'antisepsie ;

2° Elle s'oppose à l'issue du corps vitré, étant placée elle-même avec assez de douceur pour ne pas la provoquer ;

3° Elle évite la formation des fistules, des cicatrices cystoïdes, des staphylomes ;

4° Elle laisse une cicatrice plus régulière, moins rétractée, par suite moins favorable au décollement ultérieur de la rétine ;

5° Elle abrège la durée de la guérison.

Les désordres intra-oculaires trop profonds, la présence de corps étrangers contre-indiquent d'autre part la suture, et elle devient inutile lorsque la conjonctive intacte recouvre la rupture scléroticale.

M. Fage, à l'exemple de Lawson, passe le fil armé d'une aiguille courbe à chaque extrémité, de *dedans en dehors*, pour éviter une pression dangereuse sur la coque oculaire. Il se sert d'un fil fin de catgut, et réunit, par dessus la suture scléroticale, la conjonctive à l'aide d'un fil de soie, en formant une sorte de bourrelet conjonctival qui tamponne et soutient les sutures sclérales.

Les résultats de cette suture sont satisfaisants, même lorsque le corps ciliaire a été intéressé. Dans ce cas, cependant, la réaction inflammatoire est plus intense et plus prolongée.

M. Fage rapporte deux observations dans lesquelles les suites ont été particulièrement favorables.

Dans la première il s'agit d'un homme de 35 ans, qui avait reçu un gros éclat d'acier sur l'œil gauche et portait une plaie pénétrante de 7 millimètres, suivant obliquement le bord inférieur du droit interne et s'arrêtant à 3 millimètres du limbe cornéen. Le corps vitré prêt à sortir entre-bâillait les lèvres de la plaie ; l'œil était mou et sensible. La vision était réduite à la perception des mouvements de la main, bien qu'à travers le cristallin resté transparent, l'examen ophtalmoscopique ne décelât aucune lésion importante.

Après avoir cocaïnisé et désinfecté l'œil, M. Fage dégagea en quelques coups de ciseaux la conjonctive, autour de la plaie, sutura la sclérotique au catgut et, par dessus, réunit la conjonctive à la soie.

Dès le cinquième jour la tension était devenue bonne et la vision avait remonté.

Le douzième jour le malade sortait guéri. Cependant, un mois plus tard l'acuité visuelle n'avait guère fait de progrès et l'on voyait quelques flocons dans le corps vitré.

Mais aujourd'hui, deux ans après l'opération, on peut constater que le résultat est des meilleurs : la tension intra-oculaire est régulière; le corps vitré transparent; sur la rétine on ne découvre qu'une petite traînée cicatricielle au niveau de la déchirure.

La seconde observation est celle d'un jeune homme de 19 ans, forgeron, qui reçoit à la partie inférieure et externe du globe oculaire gauche, une languette d'acier incandescente qui ouvre les enveloppes oculaires sur la longueur de 4 à 5 millimètres.

Le corps étranger, aussitôt arraché par le malade, laisse béante la plaie par où pointe une grosse goutte de corps vitré. Trois jours après, quand le malade vient consulter, l'œil est mou et douloureux. Il y a de l'injection péricornéenne, trouble de l'humeur aqueuse, contraction de la pupille, sans synéchies, opacification commençante du cristallin.

Désinfection de la plaie, suture au catgut; atropine; pansement occlusif. Guérison rapide avec cataracte qui, après disparition complète des phénomènes inflammatoires, est enlevée sans difficulté, par extraction simple. Un prolapsus secondaire de l'iris est détruit au galvanocautère. Le résultat définitif est très satisfaisant. Le tonus reste normal et le corps vitré transparent.

Aujourd'hui l'acuité visuelle est de 1/2 après correction de l'aphakie.

Mais, ainsi que le fait remarquer l'auteur, dans bien des cas, en suivant les opérés, on constate que la terminaison n'est pas aussi favorable. Il se développe parfois des phénomènes de cyclite dans l'œil qu'on avait cru guéri et même des lésions sympathiques de l'autre œil.

Dans un de ces cas (homme de 32 ans), le Dr Fage a eu recours aux injections sous-conjonctivales de cyanure de mercure à 1 pour 1000 et obtenu l'arrêt des phénomènes d'inflammation, mais l'œil est resté très mou, sensiblement diminué de volume, avec de nombreux exsudats pupillaires et une cataracte choroïdienne.

Dans un autre cas, chez une jeune fille de 19 ans, la suture avait donné d'abord un résultat très satisfaisant. Mais deux mois plus tard se produisent des signes de phtisie de l'œil. Onze injections sous-conjonctivales de cyanure mercuriel arrêtent l'inflammation, mais l'œil reste diminué de volume, assez mou, l'iris décoloré, déprimé en arrière par des exsudats, la rétine décollée sur une petite étendue, la vision réduite à la perception de la lumière.

Nous croyons donc que l'état de la question peut être, avec le Dr Fage, résumé ainsi : Les bons résultats de la suture paraissent

se maintenir dans les blessures peu graves, et contrairement à l'opinion de quelques ophtalmologistes qui la réservent aux plaies étendues, c'est aux cas moyens qu'elle convient spécialement.

Je vous propose, Messieurs, d'adresser des remerciements à M. le Dr Fage, qui est placé à Amiens à la tête d'un important service ophtalmologique, et de déposer son mémoire dans nos archives.

III. — *Observations de fractures guéries au moyen de la suture osseuse,* par M. Roux de Brignolles fils.

Rapport par M. Nélaton.

Ce mémoire contient trois séries d'observations.

Les premières ont trait à la thérapeutique des fractures de la clavicule et les conclusions qu'en tire M. Roux de Brignolles ne me paraissent pas entièrement acceptables.

Les deuxièmes comprennent des cas de fractures de l'humérus et du fémur traitées par la suture; la manière de voir de M. Roux de Brignolles ainsi que la conduite qu'il préconise en pareille circonstance me semblent devoir être généralement rejetées.

Au contraire, la troisième catégorie d'observations dans laquelle nous trouvons des fractures de jambe impossibles à réduire ou difficiles à contenir, traitées et guéries par la suture osseuse me paraît absolument digne d'attention. C'est ce groupe d'observations qui constitue la partie originale et importante du travail de M. Roux de Brignolles et c'est à propos d'elles que je vous demanderai la permission d'entrer dans quelques détails. Mais voici d'abord le résumé des deux premiers groupes d'observations :

1° *Fractures de la clavicule.* — M. Roux de Brignolles nous apporte deux observations de fractures de la clavicule pour lesquelles la suture a donné d'excellents résultats.

La première nous présente un garçon de 21 ans qui, frappé violemment par un coup d'épontille à la partie supérieure du thorax, eut une fracture de la clavicule accompagnée d'une déformation très accentuée avec saillie du fragment interne fortement relevé et une tuméfaction énorme due à un abondant épanchement sanguin dans toute la région pectorale droite. Le septième jour après l'accident M. Roux de Brignolles découvre le foyer de fracture par une large incision, le dégage des caillots et des lambeaux de muscles déchirés par les fragments et suture ceux-ci bout à bout avec un fil d'argent. Vingt jours plus tard le malade sort guéri ; la clavicule présente la forme normale, et quatre mois plus tard il ne reste de visible que la ligne d'incision. On ne peut

au toucher reconnaître le lieu de la fracture qu'en examinant l'os avec une grande attention.

La deuxième observation est analogue : fracture de la partie moyenne de la clavicule droite avec grand déplacement.

Deux jours après l'accident ouverture du foyer de fracture, suture de la clavicule. Vingt-huit jours après l'opération le malade quitte l'hôpital, et un mois plus tard on constate que la clavicule droite est semblable à la gauche, les mouvements du membre droit sont aussi libres que ceux du membre gauche.

S'appuyant sur ces deux observations, M. Roux de Brignolles déclare que pour les fractures de la clavicule, il faut renoncer aux anciens moyens de traitement ; ces anciennes méthodes « exposent à des pseudarthroses assez fréquentes, presque toujours à une déformation considérable, disgracieuse à l'œil, et pouvant entraîner parfois la compression du paquet vasculo-nerveux avec tous les désordres qu'elle comporte. La suture, au contraire, assure un résultat esthétique et fonctionnel parfait. »

Il assimile donc le traitement des fractures de la clavicule à celui des fractures de la rotule et de l'olécrâne et conseille la suture osseuse comme méthode de choix.

Tout en reconnaissant la bonté des résultats obtenus par M. Roux de Brignolles par la suture, il nous semble qu'il y a exagération à préconiser la suture comme méthode thérapeutique de choix applicable à tous les cas de fractures de la clavicule.

Certes, lorsqu'il existe un déplacement tel que l'un des fragments puisse menacer le paquet vasculo-nerveux, il ne saurait y avoir d'hésitation ; il y a intérêt à intervenir, car les résultats de l'abstention pourraient être graves.

Mais, hormis ce cas, quel est le danger d'une fracture de la clavicule ? Je ne le vois point.

Son inconvénient majeur est constitué par la saillie, plus ou moins proéminente et disgracieuse formée par le cal et ne saurait en aucune façon autoriser le chirurgien à conseiller une opération, même sans danger.

Ne voyons-nous pas tous les jours des manœuvres, des hommes de peine, des cochers atteints de fractures de la clavicule, reprendre au bout d'un mois, six semaines, leurs travaux. Ils se soucient certes fort peu de la saillie disgracieuse formée par le cal de leur fracture. Nous avons tous vu des jockeys se casser la clavicule en faisant des chutes ; ils montent à nouveau un mois plus tard.

Sans nier que les cals de fracture de la clavicule ne puissent *exceptionnellement* devenir douloureux et gênants, je pense qu'il

faut considérer ces faits comme exceptionnels et incapables de déterminer la règle thérapeutique générale.

On ne saurait donc mettre en parallèle les fractures de la clavicule et celles de la rotule ou de l'olécrâne, car les premières non traitées par une intervention sanglante ne laissent point d'infirmité, tandis que les secondes en laissent une plus ou moins grande.

La déformation de l'épaule étant donc, dans la majorité des cas, le seul inconvénient qui succède à une fracture de la clavicule, c'est, selon moi, seulement chez les jeunes filles, chez les jeunes femmes, que l'intervention pourra trouver son indication.

Allant plus loin, M. Roux de Brignolles conseille de pratiquer aussi la suture dans bon nombre de fractures des membres.

C'est ainsi qu'il nous donne une observation de fracture du fémur, datant de six semaines environ, difficile à traiter ; de telle façon que le membre présentait un raccourcissement de 9 centimètres et une déformation considérable, la partie moyenne du fémur faisant une crosse à convexité antéro-externe.

M. Roux de Brignolles fit la suture osseuse et obtint le redressement du fémur, mais son opération fut très laborieuse ; il dut, pour rapprocher les surfaces osseuses, réséquer $3^{cm},5$ de fémur et la consolidation fut obtenue au bout de deux mois et demi avec 4 centimètres de raccourcissement.

L'exemple de M. Roux de Brignolles ne saurait guère tenter ceux qui ont vu les résultats obtenus, en pareil cas, par Hennequin ; car, avec l'appareil de ce chirurgien bien appliqué, je ne doute pas qu'on n'eût obtenu mieux, aussi vite et sans opération.

L'observation où M. Roux de Brignolles nous montre un marin atteint de fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus, avec le déplacement classique bien accusé, saillie du fragment supérieur dans l'aisselle, du fragment inférieur en avant et en dehors, énorme épanchement sanguin, me suggère les mêmes réflexions. Je pourrais fournir deux observations de fractures du tiers supérieur de l'humérus, présentant un ensemble de symptômes identique à celui que M. Roux de Brignolles nous signale, qui ont guéri sous l'appareil d'Hennequin en six semaines, sans qu'il soit resté aucune déformation du membre ni aucune gêne fonctionnelle.

D'ailleurs ces faits sont connus. Hennequin pourrait en fournir des dizaines d'exemples et je crois que l'exemple de M. Roux de Brignolles ne trouvera guère d'imitateurs en pareil cas.

Si les idées du mémoire de M. Roux de Brignolles, que j'ai précédemment analysées, ne m'ont point paru d'une application courante, je crois, au contraire, que la pratique conseillée par M. Roux de Brignolles pour certaines fractures de jambe mérite de fixer sérieusement notre attention.

M. Roux de Brignolles conseille une intervention sanglante pour les fractures de jambe qu'il appelle graves (à tort, je crois) et que, pour plus de clarté, je dirai irréductibles ou incoercibles.

Voici le cas de son petit mémoire qui met nettement les choses en lumière :

Un homme de 43 ans est renversé par une voiture et se fracture la jambe au tiers inférieur. M. Roux de Brignolles, le lendemain de l'accident, constate que le membre est très tuméfié, déformé ; le pied est dans un axe différent de celui de la jambe, le tibia fait un angle saillant en avant. La pointe de l'extrémité du fragment supérieur n'est séparée du doigt que par une très mince couche cutanée ; le sang extravasé crépite sous le doigt ; la mobilité anormale est grande. Le péroné est rompu dans sa partie supérieure.

M. Roux de Brignolles essaie de réduire la fracture ,mais, n'y parvenant point, il décide aussitôt une intervention sanglante ; il fait une incision de 10 centimètres qui découvre le foyer de la fracture et constate, après l'ablation d'une longue esquille et l'enlèvement de nombreux caillots sanguins que l'irréductibilité est due à l'interposition entre les fragments d'une portion charnue du jambier antérieur.

Cette interposition est détruite, les extrémités pointues des fragments sont réséquées et une suture au fil d'argent les réunit ; la plaie lavée à l'acide phénique fort est fermée par une suture aux crins.

En quatre mois, la guérison de la fracture était obtenue, il restait de la raideur de l'articulation tibio-tarsienne qui disparut progressivement et le malade, revu un an après son accident, marchait absolument bien.

Je pense que cette observation mérite d'attirer notre attention, parce que la conduite suivie par M. Roux de Brignolles n'est pas celle qui est classiquement suivie en pareil cas. Il s'agissait, en effet, d'une fracture non ouverte, difficile ou même impossible à réduire, pour laquelle beaucoup de chirurgiens se seraient contentés d'une réduction incomplète ou médiocre, en appliquant un appareil plâtré, dans la position la moins mauvaise possible ; c'est, si je ne me trompe, ce qui se fait couramment en pareil cas.

Or, il me semble que l'opération faite par M. Roux de Brignolles était légitime et excellente, et je n'hésite pas à déclarer qu'en pareille circonstance je suivrais son exemple.

L'opération de M. Roux de Brignolles me paraît légitimée par ce fait que :

1° Il est bon nombre de fractures de jambe, difficiles ou impossibles à réduire, qui, traitées approximativement par l'emploi d'un appareil plâtré, mis aussi bien que possible, laissent un membre imparfait, si ce n'est infirme.

Or, je crois, avec M. Roux de Brignolles, que l'interposition de

muscles traversés par les pointes des fragments est souvent la cause de l'irréductibilité qui ne sera levée que par une action directe.

Ayant fait le service du Bureau central et ayant passé par l'hospice d'Ivry, j'ai vu bon nombre de fractures de jambe vicieusement consolidées. On a coutume, en pareil cas, d'incriminer l'adresse ou la sollicitude du chirurgien qui a dirigé le traitement de la fracture.

Eh bien ! je pense que pour un certain nombre de cas, c'est là une erreur et que ce n'est point le chirurgien, mais la méthode qu'il applique et qui est classique parmi nous qu'il faut accuser.

J'ai eu à soigner, l'an passé et cette année, un grand nombre de fractures de jambe. La plupart ont eu une consolidation dans une attitude bonne ou suffisante pour permettre une marche normale. Mais j'ai eu deux cas de fractures de jambe au tiers inférieur, avec saillie en avant du fragment supérieur taillé en bec de flûte, et déjètement du pied en dehors et arrière, qu'il m'a été impossible de corriger complètement, bien que j'aie refait l'appareil moi-même à trois reprises différentes ; et ces deux hommes ont une consolidation défectueuse qui leur laisse une marche pénible. L'un est un garçon de 28 ans, pour lequel je me demande si je n'aurai pas recours à une ostestomie pour rendre au membre sa rectitude. Je ne crois pas avoir péché par négligence, mais je crois avoir employé une méthode défectueuse.

En pareil cas, lorsqu'après des manœuvres de réduction bien conduites, le chirurgien n'arrive pas à donner au membre, dans les huit jours qui suivent l'accident, une direction qui le satisfasse pleinement, il faut suivre la conduite qui nous est indiquée par M. Roux de Brignolles, transformer la fracture fermée en fracture ouverte, découvrir le foyer, supprimer les obstacles à la réduction et immobiliser le membre en attitude parfaite.

Quant à la suture osseuse qu'exécute avec assez de peine M. Roux de Brignolles, je ne puis en parler, n'ayant aucune expérience de la question. M. Roux de Brignolles l'a faite et en a tiré profit, elle est donc recommandable. Elle me paraît cependant d'une importance secondaire, car il ne s'agit plus ici de fragments écartés à rapprocher, comme dans une fracture de rotule, mais de longs et gros fragments de tibia, faciles à affronter. M. Hennequin ne nous a-t-il pas d'ailleurs récemment montré dans son étude sur le traitement des pseudarthroses, la petite action thérapeutique de la suture osseuse en pareil cas. Quoi qu'il en soit, c'est un moyen de fixation des fragments qui est bon, et les critiques que je lui fais sont trop théoriques pour être sérieuses.

Je n'ai parlé, dans ce rapport, que du traitement des fractures

simples fermées. Aussi bien, le travail de M. Roux de Brignolles ne renferme-t-il que des fractures de cette variété. Je pense que les fractures ouvertes ne comportent pas absolument les mêmes indications, mais c'est un sujet que je n'aborde point, n'ayant voulu ici qu'attirer votre attention sur une pratique suivie de succès, que nous conseille M. Roux de Brignolles, qui nous permettra de restituer une jambe utile et bien conformée, par une opération peu dangereuse, à un malheureux qui en a besoin, au lieu d'obtenir un mauvais résultat en nous évertuant à corriger sous des appareils insuffisants une déviation souvent incorrigible.

Présentations de malades.

1° *Ablation d'un calcul du canal cholédoque*, par M. Hartmann.

2° *Laparotomie pour rupture de grossesse tubaire avec hémorragie interne*, par M. Hartmann.

3° *Malade opéré de gastrostomie pour rétrécissementde l'œsophage*,

Par M. Routier.

Le malade que j'ai eu l'honneur de présenter a été opéré par moi, il y a quarante-cinq jours, pour une sténose néoplasique de l'œsophage, siégeant au niveau du manche du sternum.

Le malade n'avalait plus rien ; et on pouvait en pressant sur la base du cou, provoquer la régurgitation.

J'ai pratiqué en une seule séance la fixation de l'estomac et son ouverture.

La suture a été faite comme j'ai l'habitude de le faire depuis longtemps, par un seul plan réunissant la séreuse à la peau, au crin de Florence.

L'ouverture de l'estomac a été faite par ponction, au bistouri, en ayant soin que l'orifice ainsi produit permette juste le passage d'une sonde n° 18.

Depuis cette époque, le malade a gagné 2 kg 500, la fistule stomacale est punctiforme, et permet juste le passage de la sonde 18, qui n'est introduite qu'au moment où le malade veut manger ou boire.

Rien ne sort par la fistule, et ses bords sont cutanés et en très bon état.

Je n'ai jamais bien compris l'utilité de la fixation préalable de l'estomac, et ne crois pas que la ponction stomacale dans la même séance rende l'opération plus grave.

Discussion.

M. MICHAUX. J'ai fait, il y a trois semaines, la gastropexie comme temps préparatoire d'une gastrostomie. Mon malade a été si bien soulagé qu'il a augmenté de 3 kilogrammes.

MM. QUÉNU et SCHWARTZ ont observé des améliorations semblables dans les mêmes conditions.

M. CHAMPIONNIÈRE. Ces faits sont assez intéressants; nous l'avons reconnu depuis longtemps. Mais ils ne justifient pas cette division de la gastrostomie en deux temps. Je ne comprends vraiment pas ce que l'on redoute en opérant en une seule séance. Pour ma part, je me suis toujours bien trouvé d'agir de la sorte. Il faut seulement ne jamais mettre de sonde à demeure.

M. MONOD. L'opération en deux temps est certainement moins grave.

M. PEYROT. Il peut arriver cependant que l'on ait, comme je l'ai vu, quelque peine à ouvrir l'estomac, si le pli que l'on a amené au dehors est trop peu étendu.

M. QUÉNU. On peut fixer l'estomac par une large surface.

M. SCHWARTZ. Où marquer le point à ponctionner au moyen d'un fil de soie passé à travers la paroi pendant l'opération préliminaire.

4° Polype naso-pharyngien, opération par la voie palatine; restauration immédiate du voile du palais,

Par M. QUÉNU, chirurgien de l'hôpital Cochin.

Je vous présente un opéré chez lequel, après avoir enlevé un polype naso-pharyngien, après section du voile du palais, j'ai pratiqué séance tenante la staphylorraphie. L'opération date de quatorze jours; vous pouvez constater que la restauration du voile du palais est complète, la déglutition normale, la phonation parfaite, sans le moindre nasonnement.

J'ai agi contrairement aux préceptes classiques, qui veulent que la brèche palatine demeure béante. Je pense, cependant, qu'il y a tout avantage à tenir une conduite inverse. Les premiers chirur-

giens qui ont adopté la méthode de Manne (d'Avignon) ne songèrent point à recoudre immédiatement le voile divisé, pour une raison bien simple : ils ne connaissaient point la staphylorraphie. Plus tard, Velpeau vint prétendre que la réunion se fait parfois spontanément.

« Cette espérance, jointe à ce qu'il vaut mieux laisser reposer le malade, prescrit d'ajourner la staphylorraphie, et de ne la faire que si, plus tard, elle est devenue indispensable » (Gosselin, *Thèse de concours, 1850*). Dans les travaux et discussions qui suivent, les raisons données pour le maintien de la boutonnière palatine sont différentes : on se préoccupe surtout de surveiller la récidive ; l'ouverture étant conservée, on peut d'une part observer cette récidive, d'autre part, détruire la tumeur récidivante (*Voy.* Bauchet, *Soc. de Chir.*, 1863). Ces raisons me paraissent spécieuses. Je laisse de côté l'espoir d'une restauration spontanée ; d'autre part, la staphylorraphie n'ajoute ni grande durée ni grande complication à l'opération essentielle. En effet, cette staphylorraphie ne ressemble en rien à celles que nous pratiquons pour des divisions congénitales du voile du palais : aucun décollement, aucune libération, aucun avivement à faire ; l'opération consiste à passer quatre points de suture, ce qui se fait en quatre ou cinq minutes au plus; elle est rendue plus rapide encore, si on a eu soin de ne pas comprendre la luette dans sa division, mais de faire passer la section à droite ou à gauche de cet appendice. La contusion des bords par l'extirpation du néoplasme ne compromet en rien la réunion primitive.

La raison tirée de la récidive semble plus valable. Qu'on réfléchisse cependant que bon nombre de ces tumeurs, surtout celles qui se développent chez de jeunes sujets, sont de nature bénigne et ne récidivent point ; ne sait-on pas qu'une méthode d'extirpation partielle ou de cautérisation comptant sur l'atrophie des parties non extirpées est basée sur cette bénignité ? De plus, a-t-on affaire à une tumeur récidivante, l'examen avec le doigt passé derrière le voile du palais et la rhinoscopie postérieure ne suffisent-ils pas à nous avertir de la récidive ? Sans doute on aura la peine de refendre le voile du palais, mais ce n'est qu'un coup de ciseau à donner, et je ne vois là aucune complication bien sérieuse. En regard de ces inconvénients problématiques, je vois de sérieux avantages à la staphylorraphie immédiate. J'ai présenté l'an dernier à la Société de chirurgie un jeune homme de 20 ans auquel j'avais enlevé, huit ans auparavant, un polype naso-pharyngien par la méthode de Manne ; il nasonnait, la voûte palatine était restée ogivale, les deux moitiés du voile avaient acquis un moindre développement ; je fis donc la staphylorraphie, 8 ans après la pre-

mière opération, le malade ne s'y étant décidé qu'à cette date; ma réunion fut complète, mais les troubles de la phonation persistèrent en entier. Je sais bien qu'en éduquant les enfants sitôt après la division du voile, on y remédie dans une certaine mesure, mais peut-on compter sur la patience des malades et sur la possibilité de cette éducation phonétique? En résumé, la restauration immédiate du voile du palais est rapide, facile et sûre; elle n'empêche ni la surveillance, ni le traitement opératoire des récidives, elle a de grands avantages au point de vue de la fonction du voile et de son développement. Je joins à ces remarques un bref résumé de l'observation du malade.

B..., âgé de 30 ans, cocher, entre dans mon service en mai 1894 pour un polype naso-pharyngien refoulant le voile du palais et ayant envahi toute la fosse nasale droite. L'affection paraît remonter au mois de janvier 1890, car à cette époque, il eut de fréquents coryzas et il devint sujet aux migraines.

En 1893, l'écoulement par les fosses nasales prend de plus grandes proportions, devient sanguinolent ; en août 1893, on s'aperçoit de l'existence de petites tumeurs polypeuses dans le nez, l'odorat disparaît, le malade nasonne, cesse de respirer par les narines, l'ouïe s'affaiblit.

En janvier 1894, on pratique, par la voie nasale, l'extirpation de plusieurs morceaux de polype gros comme le pouce; nouvelle intervention en avril. Entrée à Cochin le 29 mai 1894, salle Boyer, n° 15 : nous constatons le refoulement du voile palatin dû à la présence derrière lui d'une tumeur peu mobile paraissant implantée largement sur la voûte du pharynx ; les fosses nasales contiennent des prolongements, la face n'est pas déformée.

Opération le 30 mai. Après avoir sectionné le voile du palais un peu à droite de la luette, j'enlève la tumeur par morcellement au moyen de pinces solides, puis je refoule avec une rugine ou le ciseau introduits par les fosses nasales les prolongements nasaux et je décelle la surface d'implantation avec ces mêmes instruments toujours introduits par la fosse nasale droite; le squelette est volontairement dénudé dans l'étendue de l'implantation, c'est-à-dire de 4 à 5 centimètres carrés.

L'implantation avait lieu sur la face inférieure du corps du sphénoïde et sur la base de l'apophyse ptérigoïde. Arrachement de lambeaux de muqueuse avec la pince de Löwenberg guidée par le doigt, afin d'être sûr de ne laisser aucun point de la surface d'implantation.

Le voile du palais est réuni par quatre points de suture.

Le 8 juin, les fils de soie sont enlevés, la réunion est parfaite, la cicatrisation d'une petite escarre est complète le 12; et aujourd'hui, quatorze jours après l'opération, il ne reste aucune trace de la section palatine; le malade quitte l'hôpital, on lui recommande de continuer ses lavages dans les fosses nasales et de revenir se faire examiner tous les quinze jours. L'examen histologique des tumeurs enlevées nous a montré qu'il s'agissait d'un fibro-sarcome.

Discussion.

M. Nélaton. Je ne suis pas instruit ici par ma propre expérience. J'ai opéré mon premier polype cette année. Mais j'ai conservé de toutes mes lectures une impression qui m'aurait empêché d'agir comme l'a fait M. Quénu. Nos prédécesseurs, qui se sont beaucoup occupés de polypes naso-pharyngiens, étaient arrivés à se partager en deux camps ; les uns pratiquaient de très larges opérations, réséquant le maxillaire supérieur, par exemple, pour atteindre le polype sûrement dans sa racine et l'enlever tout entier ; les autres arrivaient sur lui par des opérations moins importantes mais laissaient une fenêtre ouverte sur le point d'implantation, de façon à pouvoir combattre aisément les récidives. Au fond c'est la récidive que tout le monde craignait.

Il me semble que cet enseignement de nos anciens ne doit pas être négligé. Ainsi penserait sans doute M. Verneuil qui, après avoir été longtemps le défenseur des opérations larges, s'était rangé du côté des interventions moindres, mais qui laissent une voie d'accès permanente.

M. Schwartz. Il faut noter que le malade de M. Quénu a 30 ans. A ce moment de la vie, le polype naso-pharyngien n'a plus beaucoup de tendance à la récidive. S'il s'agissait d'un tout jeune homme, j'opérerais à la façon des anciens. Sur un sujet de 30 ans, au contraire, la conduite tenue par M. Quénu me paraît bonne à imiter.

M. Championnière. Depuis que nos anciens opéraient les polypes naso-pharyngiens des faits nouveaux se sont produits. D'abord l'usage des appareils pharyngoscopiques permet de découvrir les récidives à leur début. Puis nous sommes beaucoup mieux outillés et beaucoup plus habiles pour la restauration du voile divisé. Qu'est-ce qui empêcherait M. Quénu, si une récidive se produisait, de procéder encore de la même façon? Section du voile et réparation immédiate. J'avoue qu'étant donné des circonstances semblables, je serais tout à fait disposé à agir comme lui.

M. Quénu. M. Championnière a fort bien répondu pour moi. Je suis convaincu que les anciens faisaient beaucoup moins bien que nous la staphylorraphie. Nélaton, le père, essaya une fois cette restauration immédiate, il échoua. Un outillage convenable et la connaissance de l'antisepsie, entre autres choses, manquaient à nos devanciers.

Nous ne nous plaçons pas tout à fait au même point de vue qu'eux. Il ne s'agit pas pour nous d'enlever le dernier germe du

polype. Comment aurions-nous cette prétention s'il s'agit d'une affection fatalement récidivante comme le sarcome. Dans le cas seulement de fibrome tétargiectasique, on peut espérer qu'avec une ablation bien complète du périoste, rien ne reviendra.

Je ne suis pas tout à fait de l'avis de M. Schwartz au point de vue du pronostic à porter sur mon malade. Son âge me porterait à craindre qu'il s'agit chez lui d'un sarcome plutôt que d'un fibrome. Je pense donc qu'il n'est pas à l'abri d'une récidive, mais qu'importe. Il sera surveillé, examiné avec le doigt et avec le miroir pharyngoscopique. Je fendrai de nouveau le voile si c'est nécessaire, quitte à le refermer encore une fois de la même façon.

Présentation d'appareils.

M. Schwartz présente, au nom de M. Forgue, un appareil destiné à stériliser par l'ébullition, à la fois les instruments et les compresses, tampons, etc., nécessaires pour une opération, et dépose la note suivante :

C'est faire œuvre utile, croyons-nous, que de fournir au praticien de campagne, pour les interventions d'urgence, un outillage qui lui permette une asepsie, sinon bactériologiquement parfaite, du moins chirurgicalement suffisante. Un semblable matériel doit remplir les conditions suivantes : être peu dispendieux, léger, transportable, pas encombrant, facile à manier. C'est dans cette tendance d'esprit que nous avons poursuivi, depuis quelque temps, la création d'un outillage d'aseptisation conforme aux besoins de la pratique courante et urgente.

L'appareil que nous proposons ici vise la stérilisation des *instruments*, des *tampons* et des *compresses*. Les instruments sont aseptisés par le bouillissage dans la solution sodique ; les tampons et les compresses, par la vapeur issue de ce bain d'ébullition.

Lors d'un voyage à Berlin, nous avons trouvé, chez le constructeur Lautenschläger, un bouilleur imaginé par Schimmelbusch, qui réalisait ingénieusement cette double besogne de stérilisation effectuée par un même foyer calorique. Mais l'appareil allemand est lourd, volumineux, de transport et d'arrimage incommodes. Nous avons, grâce à la collaboration de M. Collin, établi un modèle mobile, réduit au plus strict volume, aisément maniable, et dont toutes les pièces s'agencent en un emboîtement simple.

Description de l'appareil à l'état de fonctionnement. — Notre appareil se compose de deux boîtes rectangulaires qui, dans la

position de fonctionnement, se superposent en se jointant exactement. La boîte inférieure, à pieds pliants, est destinée au bouillissage des instruments et fait office de générateur de vapeur. La boîte supérieure, plus haute, est une chambre à vapeur où tampons, compresses et nappes ouatées se stérilisent « à l'étouffée » ; pour cela, son fond est criblé de trous par où la vapeur arrive, circule et s'échappe en liberté par-dessous le couvercle. Pour extraire les objets, chacune des deux boîtes est munie d'un extracteur analogue à celui qui sert à ce but dans les poissonnières ou les boîtes à asperges. Le chauffage est produit par un brûleur à alcool, à becs multiples, coiffés d'obturateurs hermétiques.

Description de l'appareil fermé, pour le transport. — Dans la position de reploiement et de transport, les pièces s'emboîtent de la façon suivante : la boîte inférieure, renversée, et dont on reploie les pieds, sert de couvercle à la caisse supérieure : cette dernière contient les deux extracteurs, ainsi que le brûleur, et son fond criblé se ferme avec le couvercle de l'appareil. Le tout est empaqueté dans une chemise de toile à voile, stérilisable par bouillissage ou simplement maintenu par une courroie bouclée.

Il y a toujours quelque péril de critique ou d'indifférent examen à présenter un appareil nouveau, et invention ne paraît trop souvent que complication instrumentale superflue. Notre appareil vise, au contraire, une simplification pratique. Ce n'est pas aux chirurgiens d'hôpitaux qu'il s'adresse, c'est aux praticiens de petite ville et de campagne, qui n'ont ni autoclave, ni étuve sèche, ni assistance dressée à l'aseptisation préopératoire, et qui doivent s'ingénier à faire bien avec peu.

Quelques-uns de nos collègues se sont demandé si de semblables procédés d'aseptisation étaient efficaces. Nous répondrons d'abord par une expérience clinique assez longue pour être concluante : depuis un an et demi, dans notre service de chirurgie d'enfants, nous employons exclusivement à l'asepsie de nos instruments le bouillissage, à la stérilisation des compresses et des tampons le courant de vapeur, et, pour donner à nos élèves un exemple d'asepsie simple, nous utilisons un bouilleur à deux étages du modèle le plus vulgaire : une boîte à asperges en fer-blanc servant à la coction de ces légumes dans la vapeur. Nous n'avons pas encore noté une infection opératoire : nos élèves et quelques-uns de nos collègues en peuvent témoigner.

Les Allemands nous ont d'ailleurs, sur ce point, fourni la preuve bactériologique. Schimmelbusch, dont la compétence en pareille matière est considérable, affirme que les spores du charbon sont tuées en deux minutes d'ébullition ; les formes végétatives, bacilles

et cocci, en une à cinq secondes; Davidsohn, dans le laboratoire de Koch, a vérifié qu'une ébullition de cinq minutes suffit à la stérilisation des instruments; au surplus, l'addition de carbonate de soude élève à 104° environ le point d'ébullition de l'eau. Quant à la valeur des appareils à courant de vapeurs, elle est hors de doutes : lorsqu'on voit les laboratoires de bactériologie les plus autorisés se tenir pour satisfaits de l'appareil de Koch, il serait surprenant que les cliniques fussent plus exigeantes. Des essais répétés ont d'ailleurs contrôlé ces résultats : en sept minutes de séjour dans la vapeur courante, von Esmarch a tué des spores de bactéridies charbonneuses. C'est, qu'au point de vue de l'énergie désinfectante, il faut soigneusement distinguer la vapeur dormante de la vapeur circulante. A la pression normale, la température de la vapeur ne dépasse pas 100°; or, si l'on place des thermomètres au centre d'objets placés dans ce courant, on voit parfois la température monter à 104 et à 105°. Budde nous a expliqué ce fait paradoxal : il est dû à la condensation et à la restitution de la chaleur latente de vaporisation. Quant au temps nécessaire à la stérilisation de ces objets, Schimmelbusch l'évalue à une demi-heure à partir du moment où la chambre de l'appareil est saturée de vapeur d'eau : comptons encore ici plus largement et disons une heure. Nous avons noté, dans notre appareil, l'ascension graduelle de la température au centre de tampons humides : au moment où l'eau bout dans le récipient inférieur, la température des tampons est de 80°; dix minutes après, elle est à 95°; elle n'atteint 100° que trente minutes plus tard.

Pour abréger ces délais et augmenter les garanties d'aseptisation, nous avons l'habitude de soumettre à un bouillissage préalable de une heure à une heure et demie nos compresses et tampons et d'en garder, en bocaux fermés, une réserve prête à emporter et à passer au bain de vapeur, durant les préparatifs de l'opération.

Discussion.

M. Delorme. L'appareil à désinfection de campagne de M. Forgue, pour ingénieux qu'il soit, ne me semble pas remplir les conditions exigibles d'un appareil à désinfection utilisable dans les premières stations sanitaires de l'armée.

Bien que M. Forgue ait cherché à simplifier le plus possible ses dispositifs, il me paraît encore compliqué et encombrant. Or, il est admis, en principe, que les matériels de campagne ne doivent, dans toute la limite du possible, comporter aucun appareil compliqué, pesant ou encombrant.

Je comprends que certaines considérations forcent le chirurgien,

dans la pratique non hospitalière, à se servir d'appareils à désinfection spéciaux. Dans ces conditions, celui de M. Forgue peut rendre des services. Mais, dans les ambulances et les hôpitaux de campagne, il n'en est plus ainsi, et puisque, dans maints de nos grands services hospitaliers, nous nous contentons, pour la désinfection des instruments, d'une poissonnière ou d'un vase métallique analogue, il ne semble pas utile d'avoir recours à autre chose pour les établissements sanitaires de première ligne de l'armée.

M. Championnière. Je partage complètement l'opinion de M. Delorme. Il me semble inutile de s'embarrasser d'un dispositif instrumental spécial du moment que l'on arrive au même résultat avec un chaudron quelconque placé au-dessus d'un foyer également quelconque.

M. Delorme. Je suis heureux de constater que M. Lucas-Championnière, dont les opinions ont tant de valeur, particulièrement en tout ce qui touche l'antisepsie, se trouve sur ce point parfaitement d'accord avec moi.

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,
Peyrot.

Séance du 20 juin 1894.

Présidence de M. J.-L. Championnière.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Quatre observations intitulées : (a) *Procédé nouveau d'hémostase ;* — (b) *Fistule intarissable du cou par abcès vertébral; curettage ; injections ; guérison ;* — (c) *Arthrite blennorragique chez une femme enceinte ; arthrotomie ; guérison ;* — (d) *Périto-*

nite tuberculeuse; kyste suppuré du péritoine; laparotomie; nettoyage à grande eau; guérison, par M. Millot-Carpentier (de Montecouvez) (M. Richelot, rapporteur);

3° *Volumineux lipome de la région lombaire; ablation par morcellement; guérison*, par M. Audouin (à Port-au-Prince) (M. Brun, rapporteur).

A propos du procès-verbal.

1° *Communication à propos de l'appareil sterilisateur de M. Forgue.*

M. Terrier. Dans la dernière séance de la Société, il vous a été présenté un appareil destiné à la stérilisation des instruments et des pansements, appareil analogue, sinon identique comme principe, à celui de Schlimmelbusch (p. 84, 2e édit.), et d'ailleurs déjà publié par M. E. Forgue, dans le n° 5 des *Archives de médecine et de pharmacie militaires*, 1894.

Je ne tiens pas à discuter ici la valeur de cet appareil, valeur qui a besoin d'être expérimentée, je crois. Mais ce que je tiens à dire, c'est que je ne le crois pas applicable à la médecine militaire dans la formation sanitaire de l'avant, c'est à dire aux postes de secours ou même aux ambulances de première ligne.

Voici les expériences sur lesquelles je me base pour appuyer cette opinion, expériences récentes et qui m'ont été suggérées par le très intéressant article des *Archives de médecine militaire* déjà cité.

Tout d'abord, nous avons cherché à déterminer le temps que peuvent mettre 4 à 5 litres d'eau à bouillir. Et, à cet égard, nous avons utilisé la marmite et le bidon de troupe, qui étaient indiqués par notre collègue. De plus, l'expérience fut faite avec du gaz, puis comparativement avec du bois, en se mettant dans les conditions de la guerre, c'est-à-dire en faisant des fourneaux creusés dans la terre et limités par deux briques latérales. Un de nos infirmiers, ancien soldat, confectionna ce fourneau sur les fortifications à l'hôpital Bichat.

Sur le gaz, 4 litres d'eau mettent 17 minutes *à entrer* en ébullition, et 5 litres 22 minutes. Sur le bois, il faut 30 et 35 minutes pour les mêmes quantités d'eau.

Si l'on place dans ces 4 ou 5 litres d'eau 50 tampons faits à l'ouate hydrophile, et que l'on répète l'expérience, soit au gaz, soit au bois, les résultats sont les mêmes : 17 à 22 minutes au gaz, 30 à 35 au bois.

Enfin, si au lieu de tampons, on place dans l'eau 15 compresses, on obtient encore les mêmes chiffres de minutes.

Ces expériences ont été corroborées par celles faites sur mes indications, par M. le Dr Répin, à l'Institut Pasteur, expériences que je résume ici :

Dans 5 litres d'eau, on a immergé 500 grammes de compresses de toile et 30 tampons de coton hydrophile cousus, pesant 115 grammes. C'est une quantité strictement nécessaire pour une opération de médiocre importance.

Le vase en cuivre fut placé sur un fort fourneau à gaz brûlant à pleins becs.

Or, l'ébullition ne commença qu'au bout de 20 minutes. Un thermomètre placé au fond du vase marquait 99°, et un autre, à la surface, ne donnait que 75°. Il fallut *25 minutes de plus* pour que ce dernier arrivât à marquer 99-100°, *en tout* : *45 minutes*, pour que l'ébullition soit en pleine action.

Notons que l'expérience fut faite avec le gaz et que le temps d'ébullition complète serait plus long avec du bois et le fourneau utilisé en campagne.

Mais cette première question résolue, ou à peu près, expérimentalement, il reste à déterminer le temps d'ébullition nécessaire à la stérilisation.

Les tampons qui avaient servi à la précédente expérience furent répartis dans six ballons d'un litre, fermés avec une bourre de coton, et à moitié remplis d'eau prise au robinet de la ville, eau additionnée de 1 0/0 de peptone et de 5 0/0 de sel marin.

Ces ballons furent portés à l'ébullition : le premier 15 minutes, le deuxième 25, le troisième 35, le quatrième 45, le cinquième 55, le sixième 65 ; puis ils furent refroidis et mis à l'étuve.

Le premier et le deuxième ballon, après 24 heures, cultivaient et répandaient une odeur infecte. Les quatre autres cultivaient avant 48 heures.

Donc, apres 65 minutes d'ébullition, et avec une eau relativement pure, *il n'y a pas de stérilisation.*

Or il faut déjà 45 minutes pour obtenir l'ébullition de 5 litres d'eau avec tampons et compresses sur un fourneau à gaz ; soit $45 + 65 = 110$ minutes, c'est-à-dire près de *2 heures*, surtout si l'on fait usage du bois et du fourneau de campagne, pour *ne pas obtenir de stérilisation.*

A ces expériences sur les tampons j'ajouterai celles que M. le Dr Repin a faites sur les fils à ligature :

Il les fit bouillir avec de l'eau de source additionnée de 2 0/0 de pep-

tone et de 0,5 0/0 de sel marin, dans des ballons fermés par un tampon d'ouate.

Or, voici les résultats obtenus :

1° Si le fil est en petite quantité et *non enroulé sur des bobines*, la stérilisation peut être obtenue après 30 minutes d'ébullition.

Ce résultat s'applique au crin de Florence comme à la soie.

2° Si l'on opère sur de la soie enroulée sur bobines, même en petite épaisseur (5 millimètres), *il n'y a pas de stérilisation*, après 60 minutes d'ébullition.

On voit, par ces faits expérimentaux, combien est longue la stérilisation des tampons, compresses et fils à l'aide de l'eau bouillante ; j'ajouterai que la stérilisation de l'eau seule est déjà fort longue, car il résulte des recherches que nous avons faites à Bichat, avec mon excellent ami le Dr Morax, alors mon interne, que l'eau filtrée au filtre Chamberland doit être portée à l'ébullition pendant *une heure* pour être stérilisée.

On a dit, il est vrai, que cette stérilisation absolue n'était pas à rechercher dans tous les cas, qu'il suffisait, suivant l'expression de mon collègue M. Forges, d'*une stérilité chirurgicale efficace*[1]. Malheureusement, je ne sais où commence cette stérilisation efficace pour la chirurgie, et, par conséquent, je n'ai confiance que dans la stérilisation absolue. Telle est aussi l'opinion de M. Pasteur, que j'ai eu l'honneur d'interroger jadis à ce sujet, et dont je vous ai communiqué la réponse il y a quelques années.

En fait, messieurs, d'accord avec nombre de nos collègues de l'armée, autant je défends l'asepsie dans la pratique hospitalière civile, autant je suis partisan de l'antisepsie dans la pratique de la chirurgie de la guerre, les conditions pour faire une bonne asepsie me paraissant absolument inapplicables, et spécialement dans ce qu'on appelle les formations sanitaires de l'avant, en particulier le poste de secours, et aux ambulances de première ligne.

2° *Sur le traitement des fractures récentes, non ouvertes, par la suture osseuse.*

M. Routier. J'ai écouté avec beaucoup d'intérêt le rapport que vient de nous faire M. Nélaton, et suis tout prêt à adopter ses conclusions.

Comme lui je crois que, sauf pour des cas très particuliers, nous devons continuer à traiter comme par le passé les fractures de la clavicule et du bras ; mais comme lui aussi je crois qu'il y aurait

[1] *Arch. de méd. et de pharm. militaire*, n° 5, p. 380; mai 1894.

souvent avantage à intervenir plus activement dans beaucoup de fractures de jambe.

J'ai souvenir de nombreux cas, en effet, où pour des fractures du quart inférieur de la jambe, malgré tous les soins que j'ai pu donner à mes malades, le résultat laissait à désirer.

Dans un certain nombre de ces fractures, en effet, la réduction est très difficile à obtenir, et si on l'obtient, très difficile à maintenir.

On a parlé de la réduction sous le chloroforme, c'est un procédé peu employé à la ville, et à tort, mais enfin il faut avouer qu'il n'est pas encore d'un usage bien courant.

Même avec le chloroforme, on n'obtiendra pas toujours une réduction parfaite, et surtout on ne la maintiendra pas.

Dans beaucoup de ces fractures, le trait est très oblique, et l'extrémité du fragment supérieur vient faire une forte saillie quoiqu'on fasse, sur une face de la jambe, en arrière, souvent, tandis que l'extrémité du fragment inférieur fait saillie en avant et en dehors.

En même temps, la mortaise tibio-péronienne est élargie, le trait de fracture séparant souvent un fragment du tibia qui suit le péroné, et cet élargissement de la mortaise permet un ballottement de l'astragale du plus mauvais effet pour l'usage ultérieur du pied.

Dans les réductions, on néglige le péroné. Que pourrait-on faire? Les fragments échappent à toute action directe, c'est là certainement une condition d'infériorité pour la consolidation.

Tout ceci peut encore être réparé tant bien que mal si on voit le malade dans les vingt-quatre heures qui suivent l'accident, mais après toute réduction satisfaisante devient impossible.

Quand je compare les mauvais résultats que m'ont donnés un certain nombre de fractures fermées traitées par nos moyens usuels et que je les compare à des fractures à peu près semblables, mais ouvertes, et pour lesquelles j'ai pu faire d'emblée une sorte de toilette du foyer de fracture, je dois avouer que l'avantage est en faveur de ces dernières.

Je ne crois pas en effet que ce soit tant la suture des os qu'il faille viser, que la bonne coaptation des fragments, de sorte que je suis tout prêt à admettre la nécessité dans un certain nombre de cas d'attaquer résolument une fracture fermée avec le bistouri; le foyer ouvert, s'assurer de l'état des os, réséquer les pointes, enlever les esquilles, façonner les extrémités osseuses de telle sorte qu'elles se correspondent bien et qu'elles n'aient pas de tendance à s'abandonner; la suture ne serait pour moi que secondaire.

Pour me résumer, dans les fractures irréductibles ou difficiles à maintenir du quart inférieur de la jambe, mieux vaut transformer cette fracture fermée en fracture ouverte, afin d'obtenir une bonne

coaptation, et par suite une consolidation avec parfaite restitution des fonctions du membre.

M. Schwartz. Je suis absolument de l'avis de notre collègue Nélaton en ce qui concerne la suture comme traitement des fractures de la clavicule en général. Dans presque tous les cas de fracture de la partie moyenne, la réduction est possible, ainsi que le maintien des fragments, et s'il reste un cal un peu difforme, cela n'a généralement aucune importance pour les fonctions du membre supérieur. Il n'y a pour les fractures de la partie moyenne que certaines conditions spéciales qui puissent indiquer la suture, telle la complication de plaie, telles les compressions vasculaires et nerveuses.

Je n'en dirai pas autant des fractures de la partie externe. Dans un cas datant d'un an, j'ai été amené à faire la suture osseuse au fil d'argent, dans un cas de fracture de la partie externe à 1 centimètre de l'articulation acromio-claviculaire. Il s'agissait d'un homme jeune, chez lequel la réduction était facile, mais chez lequel aussi la clavicule, comme une touche de piano, se déplaçait en haut malgré tous les appareils. La suture osseuse a permis une coaptation et une réduction parfaite et l'opéré a guéri avec parfaite intégrité de tous les mouvements.

M. Delorme. M. Nélaton nous a dit que la suture convenait aux fractures irréductibles et difficiles à maintenir. Mais jusqu'ici j'ai toujours pu réduire et contenir celles que j'ai eu à traiter. L'intervention me parait donc applicable seulement à des cas très exceptionnels, ceux dans lesquels un fragment de muscle ou une esquille interposée entre les extrémités osseuses s'oppose absolument à la réduction.

M. Monod. M. Nélaton, dans son intéressant rapport, a distingué avec raison, au point de vue du traitement à leur faire subir, les fractures de la cuisse et du bras d'une part, et d'une autre les fractures de la jambe.

Pour les premières il repousse la suture osseuse préconisée par M. Roux. Je partage entièrement son avis. Un fait récemment observé par moi vient à l'appui de cette manière de voir.

Au mois de novembre dernier, à mon retour de vacances, je trouvais dans mon service, à l'hôpital Saint-Antoine, un homme âgé de 47 ans, entré le 18 septembre, pour une fracture du fémur droit à sa partie moyenne, produite par cause directe. Un appareil à extension avait été appliqué. Il ne fut retiré que le 18 novembre, soit soixante jours après l'accident. La fracture n'était pas consolidée.

Près de deux mois plus tard (le 15 janvier), l'extension ayant été

continuée, il n'y avait encore pas de consolidation. Je fais placer le membre dans un appareil plâtré; l'extension étant maintenue pendant la dessication.

Le 9 mars, ablation de l'appareil plâtré. La cuisse n'est toujours pas consolidée. Je supprime tout appareil. La mobilité anormale est très grande. Le raccourcissement, d'abord peu marqué, augmente peu à peu et finit par atteindre 6 centimètres. Le pied est en rotation externe et repose sur le lit par son bord externe. La cuisse est fortement bombée à sa partie moyenne, où les deux fragments chevauchent l'un sur l'autre. Pas trace de cal. Impotence fonctionnelle absolue.

Si jamais intervention opératoire paraissait indiquée, c'était bien dans ce cas. J'étais en effet décidé à ouvrir le foyer de la fracture, et après avoir mis par extension les os bout à bout, à les y maintenir soit par la suture osseuse, ou mieux, à l'aide d'une cheville d'os désinfectée.

Avant de prendre ce parti cependant, je tins à avoir l'avis de mon excellent confrère et ami le Dr Hennequin. Il déconseilla l'opération projetée, et se fit fort, à l'aide de son appareil, d'obtenir non seulement la réduction mais la consolidation relativement prompte de la fracture.

Je le laissai faire. Il appliqua lui-même, le 18 avril, son appareil bien connu. La traction limitée tout d'abord à 2 kilogrammes est graduellement portée en une semaine à 6 kilogrammes. Les douleurs furent très vives les deux premiers jours, au point d'empêcher le sommeil; elles se calmèrent vite; au bout de trois jours elles avaient disparu.

Le 1er mai, au bout de douze jours, le raccourcissement était complètement corrigé.

8 juin. Suppression de la petite gouttière de cuisse, l'extension étant maintenue. La consolidation est déjà très avancée.

19 juin. La consolidation est parfaite sans raccourcissement. Le cal est énorme. L'extension sera supprimée dans quelques jours.

Cet exemple démontre, il me semble, que l'on peut, pour les fractures de cuisse, par l'extension continue bien appliquée, obtenir la coaptation de fragments difficiles à contenir; cette coaptation obtenue, la consolidation suit sans peine.

Pour les fractures simples du bras, je n'ai pas de fait semblable à fournir, je pourrais citer cependant, en faveur de la thèse que je soutiens, deux cas observés cette année, de fractures compliquées de l'humérus, avec déplacement considérable, où l'extension continue, appliquée cette fois encore par M. Hennequin, amena les fragments en bonne position, et où la guérison définitive se produisit dans les meilleures conditions.

La même doctrine est-elle applicable aux fractures de jambes? Pour celles-ci, lorsque le trait de brisure est très oblique, lorsque le fragment supérieur taillé en pointe, chevauchant largement sur l'inférieur, vient faire saillie sous la peau, ne faut-il pas nécessairement en venir à l'ouverture du foyer de fracture, et au maintien

de fragments par la suture, comme le conseille M. Roux, comme serait bien près de l'admettre M. Nélaton?

Pour justifier cette pratique, M. Roux invoque une circonstance anatomique, selon lui fréquente, l'interposition d'un faisceau musculaire, qui serait la cause principale de l'irréductibilité.

Je ne veux pas nier ce dernier fait, parce que je ne veux parler que de ce que j'ai vu. Or, n'ayant jamais eu occasion d'ouvrir un foyer de fracture simple de jambe, je ne puis affirmer que cette interposition musculaire n'existe pas.

Ce que je puis dire cependant, c'est que je n'ai pas encore observé de fracture simple de jambe qui n'ait pu, à l'aide de la chloroformisation, être réduite, sinon complètement, au moins d'une façon suffisante. Je n'ai pas vu non plus en pareil cas, se produire de pseudarthrose. J'ai vu des retards de consolidation, mais toujours une immobilisation prolongée finissait par donner un membre solide.

Je ne veux pas dire que, dans toutes les fractures de jambe que j'ai soignées, le résultat final ait été parfait. Je crois même que, plus souvent qu'on ne le pense, le cal est difforme, que souvent aussi la jambe demeure plus courte que celle du côté opposé. Mais le raccourcissement n'est pas tel qu'il en résulte une claudication appréciable et le membre est solide. Les malades s'en contentent et peuvent vaquer à leurs occupations.

Est-ce à dire qu'il n'y ait rien à faire pour obtenir un résultat meilleur! Je suis loin de le nier. Mais que faut-il faire?

A défaut de l'expérience que n'a pu me donner l'ouverture du foyer des fractures simples, je puis du moins tenir compte de ce que m'a appris l'observation des fractures compliquées, traitées par l'incision large et la désinfection du foyer.

J'ai recherché dans ces conditions, la cause de l'irréductibilité ou des difficultés de réduction. Or il ne m'a pas paru que l'interposition musculaire fut aussi souvent qu'on l'a dit l'agent de cette irréductibilité. Il m'a toujours semblé qu'elle était bien plutôt attribuable à la contraction des puissants muscles de la jambe, et particulièrement à celle des muscles du mollet, que c'était eux qui s'opposaient à la bonne coaptation des fragments. Il suffisait d'annihiler leur action par le chloroforme pour que les tractions ramenassent les os en bonne position.

Pour les y maintenir, j'ai plusieurs fois employé la suture osseuse, mais j'avoue qu'elle ne m'a pas donné grande satisfaction. J'ai là sous les yeux des notes, que je ne lis pas pour ne pas prolonger outre mesure cette communication. — Elles concernent des malades soignés de la sorte chez qui la suture a donné un bon effet immédiat; mais, au premier pansement, force était de

reconnaître que malgré l'appareil plâtré le déplacement s'était en partie reproduit. Par contre, chez d'autres non traités par la suture les fragments comme engrenés, grâce à l'irrégularité du trait de fracture, demeuraient dans la position qu'on leur avait donnée.

Ce résultat en apparence paradoxal n'a rien qui doive étonner. De maigres fils d'argent ne peuvent assurément pas grand'chose pour retenir des os sollicités par des muscles vigoureux et qui sont ici en véritable équilibre instable. Je préférerais, si je me décidais à intervenir dans un cas de fracture simple, avoir recours à une cheville osseuse implantée dans le canal médullaire des deux fragments.

Mais est-il bien nécessaire d'en venir là? N'est-il pas possible d'atteindre le but visé à l'aide de l'extension continue convenablement appliquée?

Deux faits recueillis récemment dans mon service et pour lesquels j'ai encore sollicité le bon concours de M. Hennequin me portent à le penser. Il s'agit, il est vrai, de fractures compliquées Mais la difficulté à vaincre, le chevauchement considérable des fragments était le même; et l'existence d'une plaie permettait de mieux se rendre compte de l'effet obtenu.

Dans ces deux cas le raccourcissement ne mesurait pas moins de 5 centimètres. Dans tous deux, au bout de quelques jours, après application de l'appareil inventé par notre confrère pour le traitement des fractures de jambe par l'extension continue, la correction était complète. Il n'y avait plus qu'à attendre la consolidation.

L'un de ces malades a été malheureusement emporté par une affection intercurrente avant guérison complète. Chez l'autre, le résultat définitif a été à tous égards excellent.

Voici donc quelle serait, selon moi, (et selon M. Hennequin, dont je me plais à n'être ici que le porte-parole), la meilleure conduite à tenir dans les cas difficiles dont M. Nélaton nous a entretenu : faire sur le pied une extension continue d'une force suffisante pour combattre le chevauchement des fragments et amener les os en contact. Ce premier résultat obtenu appliquer un appareil plâtré qui maintienne les os en bonne place.

On ne possédait pas jusqu'ici de bon appareil pour réaliser cette extension continue dans les fractures de jambe, le nouvel appareil de M. Hennequin comble heureusement cette lacune.

M. Quénu. Il ne faut pas confondre ce qui a trait à la réduction et à la contention des fractures, avec ce qui a trait à leur consolidation. La réduction peut être obtenue d'une façon parfaite, sans que la consolidation s'ensuive, parce que cette dernière ne dépend pas du chirurgien, mais bien du malade. Le but que l'on poursuit

lorsque l'on intervient dans les fractures me semble devoir être atteint plus sûrement par l'emploi des chevilles osseuses. Celles-ci maintiennent parfaitement les fragments, rétablissent provisoirement la continuité de l'os et déterminent une excitation favorable à la production du tissu osseux nouveau.

M. Peyrot. Je suis loin d'attribuer uniquement à l'interposition d'un élément étranger, le défaut de consolidation dans les fractures; mais il me semble qu'il serait excessif et contraire aux faits observés de nier toute influence de ce genre. Pour ma part, dans trois pseudarthroses que j'ai eu à traiter dans ces dernières années, savoir deux cas au fémur et un cas au cubitus, j'ai eu cette singulière fortune de trouver toujours une lésion identique, et toute spéciale, savoir une extrémité du fragment supérieur sur laquelle s'insérait en plein, comme l'aurait fait une masse musculaire née à cette place même, un énorme faisceau musculaire. L'extrémité du fragment inférieur, libre, très mobile et effilée dans les fractures du fémur, élargie et très exubérante dans la fracture du cubitus, ne s'était en aucune façon unie au fragment supérieur. La guérison a été obtenue rapidement après la résection des extrémités et le maintien en bonne attitude pour les fractures du fémur. La fracture du cubitus reste mobile, malgré l'intervention, quoique celle-ci remonte déjà à deux mois et demi.

M. Michaux. Il m'est arrivé de me trouver, à l'hôpital Beaujon, en présence de fractures tellement comminutives, avec une disposition des fragments si bizarre, qu'il me paraissait impossible d'obtenir la consolidation, ou tout au moins une consolidation avec forme acceptable. Dans trois cas au moins je suis intervenu, ouvrant largement le foyer de la fracture, enlevant les esquilles petites, irrégulières, blessantes, et laissant en place celles qui me paraissaient pouvoir être conservées. Comme je craignais que mon asepsie ne fût pas suffisante, j'ai laissé dans tous ces cas le foyer ouvert après avoir mis les fragments bien en place, et j'ai pansé à la gaze iodoformée. J'ai obtenu une excellente consolidation, et je pense avoir évité de voir mes malades partir avec ces vilaines jambes, volumineuses, à mauvaise circulation, qui mettent des mois et des années à redevenir à peu près supportables. Je pense que dans les cas de ce genre, l'emploi des fils ou des chevilles est superflu. L'essentiel est de bien nettoyer le foyer de la fracture.

M. Quénu. Les faits rapportés par M. Peyrot ne sauraient être rapprochés des cas d'interposition. Je doute que la disposition qu'il signale ait été pour quelque chose dans l'absence de consolidation. Les fragments d'une fracture sont toujours en rapport avec des

parties musculaires lorsqu'ils ne sont pas bout à bout, et tout le monde sait que cette condition n'est pas indispensable à la production d'un bon cal ; l'union de deux extrémités osseuses qui chevauchent et ne se touchent que latéralement est un fait banal.

M. Peyrot. Assurément l'insertion dont j'ai parlé ne constitue pas une interposition au vrai sens du mot. C'est autre chose, mais c'est quelque chose de spécial, et à mon avis d'important. Il ne s'agissait pas chez mes malades d'une extrémité osseuse noyée dans des masses musculaires, mais bien d'un fragment coupé à peu près transversalement, nullement modifié par une prolifération osseuse qui avait manqué totalement, et sur lequel s'insérait bout pour bout, sans interposition de parties fibreuses appréciables, des masses musculaires importantes. Il m'a paru qu'au moment même où la fracture s'était produite, des muscles avaient dû être divisés, et qu'ils avaient, tout de suite ou dans les jours suivants, contracté une union parfaite avec l'os. C'est cette disposition toute spéciale que par un hasard singulier, je pense, j'ai observée chez les trois malades dont j'ai parlé.

M. Championnière. Je suis disposé à employer le mode de traitement préconisé par M. Roux de Brignolles dans toutes les fractures incommodes, à la clavicule, à la jambe par exemple, où nous avons souvent, quoi que nous fassions, des résultats si peu satisfaisants. M. Roux ne va-t-il pas un peu trop loin ? Le suivrons-nous dans toutes ses conclusions ? Je ne sais. Ces questions ne peuvent pas être jugées de haut. Les faits répondront.

Il me semble, pour le dire en passant, que chez les malades de M. Roux la réparation a été bien longue. Je vois qu'un de ses malades a mis quatre mois à consolider un tibia. C'est beaucoup. Peut-être y a-t-il là une technique imparfaite. Je pense que la technique du traitement des fractures est en général susceptible de nombreuses améliorations. Pour ce qui me concerne, j'ai ajouté à la suture, dans le traitement de la pseudarthrose du fémur, une véritable virole métallique, laquelle, dès la fin de l'opération, procurait à l'os une véritable solidité.

Les faits cités par M. Peyrot m'étonnent. Je les crois bien exceptionnels. Quand les fractures ne se consolident pas, c'est presque toujours par le fait d'une influence pathologique ; aussi ne peut-on pas, pour elles, tout attendre d'une bonne coaptation, même maintenue par la suture. Celle-ci n'en est pas moins un excellent moyen.

M. Nélaton. Ayant à faire un rapport sur un travail de M. Roux, j'ai marché à la suite de l'auteur, et de propos délibéré, je ne me suis occupé avec lui que des fractures récentes, impossibles ou dif-

ficiles à contenir. On a dit ici que le mode de traitement préconisé était excellent en cas d'interposition ; mais on s'est hâté d'ajouter que cette complication était des plus rares. Or, M. Roux, sur six cas examinés, a constaté quatre fois cette disposition ; je l'ai rencontrée moi-même une fois. Je pense donc que si l'on veut la chercher on la trouvera souvent. M. Monod affirme, il est vrai, que l'interposition n'empêche pas la consolidation. Je le veux bien, pour nombre de cas du moins. Mais quelle consolidation obtient-on ? Quel est celui d'entre nous qui n'a pas regretté de voir des blessés guérir avec des membres déviés, volumineux, bizarres, incapables de leur être utiles de longtemps, souvent insuffisants pour toujours ? Pour ma part, je dois à la vérité de déclarer que j'ai plus d'une fois déploré ce résultat chez mes malades. Je suis convaincu qu'en employant la méthode de M. Roux, qu'en ouvrant le foyer de la fracture, nous éviterons la plupart de ces mécomptes. Je ne saurais pas me prononcer sur la question de la réunion osseuse. Je vois du reste que nous sommes ici quelque peu divisés sur ce point. Les uns, comme M. Monod, n'y ajoutent pas d'importance. M. Championnière défend la suture, M. Quénu la cheville osseuse. L'expérience seule pourra nous instruire. En attendant, si j'avais à pratiquer la réunion osseuse, la suture étant plus simple que l'enchevillage, je commencerais par elle. L'extension continue à la jambe se fait d'une façon trop imparfaite pour que nous puissions compter sur elle. M. Hennequin n'a pas encore dit là son dernier mot. Il faut donc, en attendant, étudier l'opération de M. Roux et la mettre en pratique dans les fractures irréductibles et incoercibles. Je regrette de ne pouvoir parler de la technique suivie par M. Roux. Il ne l'a pas suffisamment décrite. Il est probable qu'elle est susceptible de perfectionnements. M. Roux paraît gêné dans la pratique de ses résections osseuses. Ses opérations sont longues. Il y a donc là un point à revoir.

Présentation de malades.

Éruption de la dent canine gauche dans la narine correspondante.

M. Peyrot présente une fillette de 8 ans et demi, chez laquelle la canine du côté gauche se voit à la face inférieure de la narine, à 1 centimètre du bord de cette cavité. La couronne de la dent est complètement sortie. La première incisive du même coté se trouve sur la face antérieure de la gencive, au-dessus de sa position normale. La canine de la première dentition est encore en place.

Présentation de pièces.

Volumineux fibrome utérin développé chez une jeune fille, à l'âge de 20 ans,

Par M. SCHWARTZ.

Ce fibrome qui avait triplé de volume depuis deux ans sans aucune métrorragie, sans autres troubles que les phénomènes de compression, a été enlevé le 16 juin.

Il présentait une vascularisation périphérique veineuse telle que nous n'en avons jamais vu.

Tout l'épiploon était parcouru par d'énormes veines verticales et adhérant à la face antérieure de la tumeur.

Celle-ci s'était insinuée dans le ligament large droit, s'était coiffé du mésocæcum et du mésoappendice qui tous deux s'étaient appliqués sur la surface de la tumeur. Celle-ci qui pesait $3^{kg},50$ s'était développée au niveau du fond de l'utérus.

L'opérée ayant perdu pas mal de sang et présentant un état syncopal, je m'en suis tenu chez elle à l'hystérectomie avec pédicule externe fixé suivant la pratique d'Hégar. Je n'ai pas fait, comme dans tous mes derniers cas opérés, l'hystérectomie totale abdominale.

Je présente cette tumeur pour son développement considérable chez une femme jeune, et cela sans aucun symptômes fonctionnels du côté de la matrice.

Cette malade avait été déjà opérée il y a deux ans et la laparotomie faite par moi n'avait été qu'exploratrice devant l'énorme vascularisation que j'avais alors constatée.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,

PEYROT.

Séance du 27 juin 1894.

Présidence de M. J.-L. Championnière.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. le Président. Messieurs, la Société de chirurgie voudra s'associer au deuil national que commande la mort tragique du président Carnot. Votre bureau vous propose de lever la séance.

La séance est immédiatement levée.

Le Secrétaire annuel,
Peyrot.

Séance du 4 juillet 1894.

Présidence de M. J.-L. Championnière.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° *Bulletin de la Société de médecine d'Angers*, 1er semestre 1894;

3° Lettre de M. Delens, demandant un congé d'un mois;

4° *Sur l'origine des ostéomes musculaires*, par M. Sieur, médecin-major (M. Delorme, rapporteur);

5° Trois mémoires par M. Brault (d'Alger), intitulés : (a) *Pseudo-rhumatisme infectieux précoce dans une dysenterie ; arthrite séro-purulente du genou; arthrotomie; guérison*; — (b) *Variété rare*

du phlegmon de la fosse iliaque (abcès chaud situé sous le muscle iliaque); incision de Cooper; guérison; — (c) *Péritonite purulente enkystée à pneumocoques, simulant une appendicite; laparotomie; guérison* (M. Picqué, rapporteur);

6° M. Richelot fait hommage à la Société d'un volume intitulé : *l'Hystérectomie vaginale contre le cancer de l'utérus et les affections non-cancéreuses;* un vol. in-8°. Paris, 1894.

Communications.

Sur les ostéomes, en particulier sur les ostéomes du cavalier,

Par M. Delorme.

Lorsque MM. Michaux, Berger et Le Dentu rappelèrent votre attention sur les ostéomes musculaires, j'avais demandé la parole pour compléter l'histoire d'un malade que je vous avais présenté quelque temps auparavant, et pour faire ressortir tout l'intérêt qu'il comportait au point de vue de la pathogénie de ces ostéomes. Quelque temps après, il m'était donné d'en revoir un deuxième, puis un troisième, un quatrième; successivement, j'étais chargé de vous faire un rapport sur deux cas de M. le médecin-major Yvert, attaché à l'École de cavalerie de Saumur, sur une observation de M. le médecin-major Rigal, de l'hôpital Saint-Martin, enfin M. le médecin-major Sieur vous communiquait deux autres faits, non moins intéressants que les précédents. Si j'ai tardé à faire Communication et Rapports, ils auront gagné à réunir des cas déjà importants par leur nombre, contrôlés pour la plupart par des constatations directes qu'on n'a eu que rarement l'occasion de faire jusqu'ici et qui sont cependant si précieuses pour élucider maints points de l'histoire de ces lésions insuffisamment décrites, à pathogénie encore obscure et sujette à discussion.

Je vais résumer mes observations personnelles, celles de MM. Yvert, Rigal et Sieur, puis je les ferai suivre de remarques sur la pathogénie et le traitement de ces tumeurs osseuses.

Obs. I et II. — *Ostéome bilatéral du moyen adducteur. Ablation. Implantation fémorale.*

Dans la séance du 22 mars 1893, j'ai présenté à la Société de chirurgie un artilleur porteur d'un ostéome bilatéral du moyen adducteur, d'origine traumatique. A droite, la tumeur, de 8 centimètres de long sur 4 de large, ovoïde, était immobile sur le fémur; à gauche, elle avait 19 cen-

timètres de long sur 8 de large et occupait toute l'étendue du moyen adducteur. Un intervalle de 2 centimètres environ séparait cependant son extrémité supérieure du pubis, tandis qu'elle faisait corps avec le fémur vers sa partie moyenne. Immobile dans le sens vertical, elle était quelque peu mobile, au contraire, dans le sens antéro-postérieur, en haut. Peu de douleur à la pression et de gêne pendant la marche, mais impossibilité pour le malade de se tenir à cheval.

Après l'insuccès de nombreuses séances de massage, je fis l'ablation de l'ostéome gauche, le plus volumineux, quatre mois après le traumatisme auquel on doit en reporter l'origine.

Incision de 20 centimètres, suivant l'axe du moyen adducteur. Après avoir traversé une couche de fibres musculaires intactes, mais peu épaisses, je sectionne une gangue fibreuse, régulière, de près de 1 centimètre, se moulant exactement sur la surface de la tumeur et pénétrant dans ses anfractuosités. Cette coque ressemble à celle d'un volumineux abcès froid.

Avec le détache-tendon, je la sépare de l'ostéome dont je divise le pédicule, près de sa base, de quelques coups de ciseau. Avec la curette tranchante et la gouge de Legouest, j'achève d'abraser tout ce que je puis de ce qui reste du pédicule sans pouvoir l'enlever en totalité. L'hémorragie fournie par ce pédicule est assez abondante.

L'ablation faite, j'attouche la face interne de la poche et la base d'implantation avec une gaze à peine imprégnée d'iodoforme et réunis la plaie. Drain.

Dès le deuxième jour, la température s'élève, la plaie est douloureuse, le malade agité, la nuit. Le troisième, la température dépasse 39°, le délire augmente, les traits s'altèrent, la parole est celle d'un homme ivre, le pouls est incomptable; sensation d'ail dans la bouche au contact d'une cuillère d'argent, coloration jaune d'une pincée de calomel placée sur la langue.

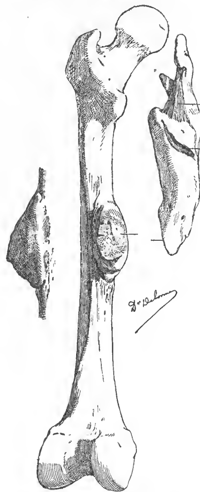
J'enlève la gaze iodoformée qui recouvrait la plaie réunie sans trace de rougeur; je juge inutile de la désunir dans sa profondeur pour la débarrasser des traces infinitésimales d'iodoforme qu'elle peut contenir et, en dépit d'un traitement très actif, dirigé en vue d'éliminer l'iodoforme à la fois par l'intestin, les reins, la peau, la salive, malgré les calmants, les bains prolongés, des applications froides sur la tête, etc., ce malade succomba, le quatrième jour, présentant un délire suraigu, de la dysphagie, un pouls à 120, 140, une température qui atteignit 41°,8. L'autopsie ne révéla qu'une congestion méningée.

Ce malheureux opéré m'a fourni une pièce rare et des plus démonstratives pour la genèse de ces tumeurs osseuses.

Comme vous pouvez le constater sur son fémur gauche que je vous présente, la tumeur s'implantait, au niveau des insertions du moyen adducteur, en dedans de la ligne âpre, par une base elliptique de 9 centimètres de long sur 4 de large, recouvrant la face interne du fémur et empiétant sur sa face antérieure avec lesquelles elle se confondait.

Quant à l'ostéome, irrégulièrement ovalaire, il est, comme vous le

voyez, creusé par places, de dépressions profondes dont l'une a les dimensions de la dernière phalange du pouce. Ces dépressions sont comblées par des fibres musculaires d'apparence et de direction normales. D'autres faisceaux prennent également insertion sur les prolongements transversaux ou obliques de la partie antérieure de la tumeur. Formée à l'extérieur d'un tissu osseux plus compact, elle était constituée à l'intérieur par du tissu spongieux.



Sur le fémur droit, l'ostéome avait la même base d'implantation fémorale, le même aspect extérieur et la même constitution qu'à gauche. Il était seulement un peu moins étendu.

M. le professeur Laveran, qui a examiné au microscope des portions de l'ostéome gauche, a confirmé ce que l'examen *de visu* avait déjà fait reconnaître : l'envahissement du muscle par la tumeur et la part relative qu'il avait pris à sa formation.

En résumé, il s'agissait, dans ce cas, d'un ostéome bilatéral du moyen adducteur, d'origine traumatique, solidement implanté sur le fémur. Opéré quatre mois après le traumatisme, il présentait la constitution d'un os jeune.

Obs. III et IV. — *Ostéome bilatéral du moyen adducteur. Ablation.*

L'observation qui vous a été communiquée récemment par M. le médecin-major Rigal ressemble, sous beaucoup de points, à la précédente. Sur le malade, jeune cavalier qu'il vous a montré, vous avez pu constater, à gauche, une tumeur de 14 centimètres de long sur 5 de large dans son plus grand diamètre, fusiforme, d'une dureté osseuse dans son ensemble, faisant corps avec le moyen adducteur, mobile avec

lui, paraissant constituée par des noyaux résistants, disséminés dans la masse musculaire et substitués à elle.

A droite, la tumeur, à peu près d'égal volume, globuleuse, plus irrégulière, immobile, semblait fixée sur le fémur par une longue et étroite base d'implantation. Certains prolongements végétants de la surface de cet ostéome faisaient saillie sous la peau sous forme d'aiguilles.

Ces tumeurs osseuses qui s'étaient développées sans traumatisme violent, sans tare héréditaire, par un accroissement lent et progressif, ne se révélèrent guère à l'attention du malade que lorsqu'elles eurent atteint le développement qu'elles offraient au moment où il vous fut présenté. La palpation de la face antéro-interne des deux cuisses était alors assez pénible, les mouvements d'adduction douloureux, et il ne pouvait marcher ou monter les escaliers qu'en écartant les cuisses et en les maintenant en abduction forcée.

A gauche, les productions osseuses disséminées, indépendantes, qui avaient envahi la totalité du muscle, furent détachées par quelques coups de bistouri à leurs limites supéro-inférieures après avoir été isolées à leur surface. Elles n'adhéraient, nous dit M. Rigal, ni au pubis, ni au fémur.

A droite, au contraire, l'ostéome formant une masse continue occupant les deux tiers inférieurs de la longueur de l'adducteur, fut dégagée péniblement avec les doigts et la rugine des fibres musculaires qui la recouvraient. Ses aspérités nombreuses en rendirent, sur certains points, la dissection particulièrement délicate. Elle fut enlevée par morcellement au niveau de sa base d'implantation sur la ligne âpre. A la place du muscle presque entièrement enlevé, surtout dans ses deux tiers inférieurs, apparut alors une cavité béante qui fut antiseptisée, drainée et oblitérée par un pansement antiseptique, iodoformé, ouaté, compressif.

Ce malade succomba, trois semaines après l'opération, à des accidents de septicémie sans que l'autopsie ait pu être faite.

M. Rigal, avec la compétence que lui ont donné ses recherches sur la formation du cal, a examiné histologiquement cet ostéome et a constaté, à gauche, des noyaux osseux entourés d'une gangue fibreuse, la dégénérescence de la fibre musculaire et la formation d'un tissu conjonctif de nouvelle formation avec de nombreux ostéoblastes ; nulle part il n'a trouvé la trace d'une véritable ossification caractérisée par la présence de canaux de Havers.

A droite, la transformation osseuse était plus étendue mais encore incomplète. Çà et là il rencontra quelques îlots de cartilage en voie de transformation osseuse.

En résumé, il s'agissait, dans ce cas, d'un ostéome paraissant d'un côté développé dans l'épaisseur et aux dépens de la masse musculaire envahie, de l'autre côté, d'une tumeur osseuse implantée par une base étendue sur le fémur, au niveau des insertions tendineuses.

Obs. V. — *Ostéome du moyen adducteur.*

M. le médecin-major Yvert, attaché à l'École de cavalerie de Saumur,

vous a adressé, le 10 janvier 1894, une observation d'ostéome du moyen adducteur gauche, survenu lentement, chez un cavalier, le nommé Roq..., qui n'avait pas subi de traumatisme crural et qui ne présentait aucune tare héréditaire ou acquise. C'est par hasard que cet homme, arrivé à sa troisième année de service, s'en était aperçu et c'était dans le seul but d'être fixé sur le pronostic ultérieur de cette affection qu'il consulta son médecin. Il n'éprouvait ni douleur, ni gêne fonctionnelle notables. Après les marches un peu prolongées, il était obligé seulement de s'arrêter quelques instants avant de reprendre sa course.

A la partie moyenne du moyen adducteur gauche, on trouve, à la palpation, une tumeur d'une dureté osseuse, de 6 à 7 centimètres de long sur 4 de large à sa base et de 1 à son sommet. Elle a la forme d'un prisme triangulaire à base supérieure et à sommet inférieur, est immobile quand le muscle se contracte et, au contraire, mobilisable dans le sens transversal et même de bas en haut, au repos.

Elle est séparée du pubis par un intervalle d'un bon travers de doigt et, en bas, son sommet n'atteint pas la ligne âpre « dont il est séparé par une certaine épaisseur de parties molles assez résistantes, qui semblent constituées par du tissu fibreux ». Il s'agissait donc ici d'un ostéome sans rapport avec le pubis et sans fusion directe avec le fémur.

En raison du peu de gêne éprouvé par son malade, de l'absence de troubles fonctionnels notables le rendant incapable de faire son service de cavalier de manège et ultérieurement celui de polisseur d'instruments de chirurgie, M. Yvert conseilla l'abstention.

Obs. VII et VII. — *Ostéomes du moyen adducteur. Ablation.*

M. le médecin major Sieur a communiqué à la Société de chirurgie deux cas d'ostéomes du moyen adducteur aussi intéressants que les précédents, observés tous deux chez des cavaliers et d'origine traumatique.

Dans le premier il s'agit d'un cavalier qui, pendant des exercices de voltige, à deux reprises et à quinze jours d'intervalle, ressentit à la face interne de la cuisse droite les douleurs vives d'une rupture musculaire. Un mois et demi après, il présentait, sur le trajet du moyen adducteur, un chapelet de quatre tumeurs séparées les unes des autres de 5 à 8 millimètres d'épaisseur, de 1 centimètre et demi à 2 centimètres de large et de 3 à 4 centimètres de long. M. Sieur en fit alors l'ablation. Il constata que si elles étaient sans adhérences avec le pubis, l'inférieure était fixée au fémur au niveau des attaches inférieures du moyen adducteur.

Chez le deuxième cavalier, observé treize mois après le traumatisme, la tumeur osseuse se composait de deux segments juxtaposés quoique mobiles l'un sur l'autre. Le supérieur avait 9 centimètres de long et l'inférieur 7, soit une longueur totale de 16 centimètres. Sans adhérence avec le pubis, cet ostéome était implanté sur le fémur au niveau des insertions du moyen adducteur. M. Sieur en fit l'ablation et ce malade guérit comme le précédent.

Dans le premier cas l'examen histologique démontra qu'il s'agissait d'un ostéome en voie de développement constitué par des éléments osseux jeunes sans canaux de Havers; dans le second, l'os, plus ancien, était arrivé à son complet développement; il présentait des canaux de Havers. A l'extérieur, la tumeur osseuse était compacte, à l'intérieur, elle était spongieuse.

Obs. VIII. — *Ostéome du grand adducteur consécutif à un traumatisme.*

Le cuirassier que je vais vous présenter, en sautant il y a deux ans du haut d'une voiture chargée de fourrage, bien d'aplomb sur ses pieds, éprouva sur-le-champ à la partie inférieure et interne de la cuisse droite une vive et persistante douleur. Il put néanmoins rentrer chez lui à pied. Un gonflement marqué, une ecchymose étendue se dessinèrent bientôt à la face interne et inférieure de la cuisse; puis après quinze jours de repos et plusieurs séances de massage, il constata à la partie inférieure et interne de la cuisse, sur le trajet du grand adducteur, près de ses attaches inférieures, mais à une certaine distance, une tuméfaction dure, assez volumineuse, qui rapidement acquit la consistance et le développement actuels.

Remontant à cinq travers de doigt de la partie supérieure du condyle interne, implanté sur ce condyle près des attaches du grand adducteur, cet ostéome confondu avec le tendon et le muscle dont il suit la direction a une forme assez régulièrement cylindrique et le volume de l'index. Il se termine à sa partie supérieure par une masse arrondie un peu volumineuse, qui lui donne l'aspect général d'une baguette de tambour.

La cuisse gauche ne présente rien de semblable.

Le malade éprouve peu de gêne pendant la marche. Il peut même se tenir à cheval, mais à la condition d'imprimer au membre inférieur droit un mouvement de rotation en dehors qui applique contre la selle non la face interne, mais la face postérieure de la cuisse.

Je me propose de faire l'ablation de cet ostéome.

Les observations qui suivent sont relatives à des ostéomes du coude; elles méritent d'être rapprochées des précédentes à cause de la similitude de leur pathogénie et des indications thérapeutiques qn'ils comportent.

Obs. I. — *Ostéome volumineux du coude consécutif à une luxation en arrière. Ablation. Implantation humérale.*

Le nommé C..., à la suite d'une chute sur la main, est atteint d'une luxation du coude en arrière qu'on est obligé de réduire sous le chloroforme, le lendemain de l'accident. Dès les premiers jours, il est soumis à des massages journaliers qui ne peuvent faire disparaître une tuméfaction antéro-interne assez considérable, indolore à la pression, mais au niveau de laquelle les mouvements d'extension provoquent des douleurs vives, irradiées au bras et à l'avant-bras. A bout d'un mois, le coude, en dépit des massages et des mouvements, est fléchi à angle

droit; ses mouvements sont très limités et douloureux. Grâce à la disparition du gonflement superficiel, M. le médecin-major Dantin constate, et deux mois après je retrouve à la face interne et antérieure du coude sous le brachial antérieur, une tumeur dure, osseuse, fixe, remontant à 6 centimètres au-dessus de l'épitrochlée, et fournissant au niveau du pli du coude deux gros prolongements, l'un interne, l'autre externe qui remplissent les dépressions antéro-interne et externe, ont le volume de l'index et semblent accompagner jusqu'à leurs insertions les tendons du brachial antérieur et du biceps. Le coude ne peut dépasser l'angle droit. Pas de compression vasculo-nerveuse.

Cinq mois après l'accident, en présence de MM. Dieu et Mignon, après avoir anémié le membre par la bande d'Esmarch, je pratique, grâce à une incision d'étendue suffisante, portée en dedans du paquet vasculo-nerveux, l'ablation de cet ostéome. Recouvert, médiatement, par les fibres du brachial antérieur d'apparence toute normale, directement par une enveloppe fibreuse continue, épaisse de près d'un centimètre, il se confond avec toute la face antérieure de l'humérus comprise entre les insertions supérieures du brachial antérieur et les insertions de la capsule; il recouvre ensuite cette dernière, sans lui adhérer notablement, se prolonge derrière le tendon du brachial antérieur jusque près de ses insertions cubitales, sans se fixer au cubitus et pousse vers les insertions radiales du biceps, sans toutefois se souder au radius, un deuxième prolongement. Avec la pince-gouge et le détache-tendon, j'abrase par morcellement les deux prolongements inférieurs dans l'intérieur de la coque d'enveloppe incisée, et avec la pince-gouge, j'enlève l'implantation humérale jusqu'à ce que j'ai mis à découvert la face antérieure, éburnée de la diaphyse. Réunion par première intention, sans drainage, après avoir rétabli complètement les mouvements de l'articulation.

Il s'agissait encore, dans ce cas d'une tumeur formée, à l'intérieur, d'os spongieux et recouverte d'une lame extérieure plus compacte.

Malgré les mouvements réguliers imprimés au coude depuis six mois, l'extension n'est pas encore complète, comme vous pouvez le constater. Quand à la flexion elle aurait à gagner 35° encore pour être normale. Au point de vue fonctionnel, il y a donc amélioration notable mais non guérison définitive et la palpation profonde fait encore reconnaître au-dessous du pli du coude, une légère induration.

Obs. II. — *Ostéome du coude. Ablation.*

M. Yvert vous a adressé, le 25 avril de cette année, une observation très détaillée d'ostéome du coude qui présente une certaine analogie avec l'observation précédente. Cet ostéome a été constaté sur un jeune cavalier, le nommé P..., atteint, en novembre 1893, d'une luxation du coude à la suite d'une chute pendant un exercice de voltige. Quinze jours après l'accident commença à se développer une tuméfaction dure, qui, deux mois plus tard, au moment où M. Yvert observa le malade, présentait les caractères suivants :

Masse brachio-antibrachiale faisant une saillie assez accusée pour

soulever les téguments amincis et augmenter de deux centimètres la circonférence du membre.

A la palpation, on lui reconnaît la forme d'un prisme triangulaire à base inférieure. Elle semble confondue avec les fibres du brachial antérieur et suivre le trajet de son tendon. De consistance osseuse, elle est légèrement mobile de haut en bas et de bas en haut pendant le relâchement des muscles fléchisseurs de l'avant-bras sur le bras. Son déplacement latéral est beaucoup plus appréciable.

Elle comprime la brachiale et les veines internes au point de diminuer l'ampleur du pouls radial, de gêner la circulation en retour de l'avant-bras et de la main; elle tiraille le nerf médian assez pour déterminer une sensation d'engourdissement, des douleurs sur son trajet, des troubles trophiques dans la main (peau rugueuse, écailleuse, épiderme desquammé), enfin de diminuer notablement la force de cette main. Elle limite l'extension et maintient la flexion du coude à l'angle droit.

En raison des accidents et de l'impotence fonctionnelle présentés par son malade, M. Yvert pratique l'ablation de cet ostéome. L'incision prolongée de la ligature de l'humérale au pli du coude, met à découvert la masse osseuse. Le paquet vasculo-nerveux est reporté en dedans. L'ossification du brachial antérieur paraît, *de visu*, plus considérable qu'on aurait pu d'abord le supposer. Ce muscle est transformé en un véritable tissu osseux sur une hauteur de 8 à 10 centimètres à partir de son insertion à l'apophyse coronoïde du cubitus et sur une largeur égale à celle de ses fibres musculaires au niveau de sa partie inférieure. Elle était aplatie profondément et étalée au-devant de l'articulation qu'elle recouvrait complètement, sans avoir toutefois la moindre adhérence avec la capsule articulaire.

M. Yvert a enlevé cet ostéome par morcellement avec la pince-gouge. La crainte, en prolongeant trop son incision sur l'avant-bras, de produire des désordres étendus, l'engagea même à ne pas séparer complètement l'insertion de l'ostéome à l'apophyse coronoïde du cubitus, d'autant, dit-il, que ce segment tout à fait inférieur ne pouvait déterminer ni gêne mécanique dans les mouvements de flexion, ni compression gênante sur les vaisseaux et les nerfs.

Après l'opération, il restait aux lieu et place de la tumeur enlevée une poche des dimensions d'un gros œuf de poule, creusée dans l'épaisseur même du muscle brachial antérieur et qui était le siège d'une hémorragie en nappe abondante qu'on dut arrêter par le tamponnement avec de la gaze iodoformée. Sutures; drain. Guérison en un mois et demi, non sans une suppuration légère.

Après cette intervention, le coude redevint libre. On distinguait, sous forme d'une corde de la grosseur du petit doigt, le tendon du brachial antérieur se continuant sur le cubitus avec la petite plaque osseuse non extirpée. Les troubles vasculaires avaient disparu avec la douleur et l'engourdissement. Cependant la sensibilité des doigts à leurs extrémités n'était pas encore aussi complète que du côté opposé. La flexion, nous dit M. Yvert, redevint presque normale, et l'extension n'était totale que passivement.

L'opération avait donc rétabli en grande partie le fonctionnement très compromis du coude.

M. le médecin principal Kiener, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Montpellier, a examiné les fragments de cet ostéome et constaté qu'il s'agissait de tissu osseux très vasculaire et de structure identique à celle d'un os jeune en voie de développement, en pleine croissance.

A l'œil nu, les fragments ont la structure d'un os spongieux avec des cavités médullaires à peu près aussi larges que les trabécules osseuses; çà et là on remarque des carrefours plus étendus, de forme irrégulière où la structure osseuse fait défaut. La surface extérieure de l'ostéome est recouverte d'une mince couche fibreuse qui en suit toutes les anfractuosités et s'enfonce dans les cavités médullaires.

Les coupes, après décalcification, montrent que les cavités médullaires sont occupées par un tissu conjonctif fibreux, à fibres grêles, assez pauvre en cellules et creusé d'orifices vasculaires énormes, occupant au moins les deux tiers de son étendue. Çà et là de petits groupes de cellules adipeuses. Les trabécules osseuses sont généralement, dans leur partie centrale, formées de grosses cellules osseuses, irrégulièrement disposées dans la substance, tandis que les bords présentent des cellules plus grêles, régulièrement alignées entre des lamelles osseuses stratifiées.

Pour M. Yvert, cet ostéome se serait développé aux dépens de l'apophyse coronoïde du cubitus arraché pendant la luxation. Il rentrerait dans la catégorie des arrachements osseux invoqués par M. Berger. La chose est possible, mais j'avoue n'accepter son opinion qu'avec une certaine réserve, d'autant qu'il a senti avant et pendant l'opération le tendon du brachial se continuer jusqu'au cubitus.

OBS. III. — *Ostéome du coude.*

Le malade que je vous présente, le nommé Per, jeune soldat du 1er cuirassiers, est atteint d'un ostéome du coude dont les signes cliniques sont encore assez nets pour qu'on puisse affirmer ce diagnostic sans une constatation *de visu.*

Dans un exercice de voltige, en sautant en croupe, cet homme tomba sur la main droite, le bras étendu. Il éprouva dans le coude une douleur vive; les mouvements de cette articulation entorsée devinrent pénibles et très limités. Deux jours après on constata un gonflement dur de la région, surtout accusé en dedans. Ecchymose. Immobilisation et massage.

Lorsque je le vis, un mois après l'accident, il présentait une tuméfaction d'une dureté osseuse, des dimensions d'un œuf de poule, étalée sous le brachial antérieur, remontant à 6 centimètres au-dessus de l'épitrochlée et descendant derrière le tendon de ce muscle jusqu'au contact du cubitus. Le coude était fléchi à angle droit et ne pouvait ni se fléchir davantage ni s'étendre.

Sous l'influence de massages énergiques et fréquents, la tumeur, en trois mois, a été réduite au volume actuel, celui d'un œuf de pigeon.

Elle remonte encore à 4 centimètres au-dessus de l'épitrochlée, sans descendre notablement au-dessous de lui. Pendant la flexion du coude qui, en relâchant les parties, permet un examen plus facile, on peut la saisir entre le pouce et l'index, derrière le brachial et surtout derrière son tendon. Elle fait sur l'humérus un ressaut arrondi de 2 centimètres. Sa dureté est absolument osseuse et sa surface régulière.

Dans les mouvements de flexion et d'extension, on constate, depuis deux mois, des craquements extra-articulaires manifestement osseux, comme produits par le frottement de deux surfaces rudes. On ne peut cependant déplacer l'ostéome de bas en haut ou de haut en bas. On reproduit les bruits de frottements en déplaçant la tumeur dans le sens transversal sans mobiliser le coude. Depuis que la tumeur a diminué de volume et est devenue mobile, l'extension est complète et, à la flexion, il ne manque plus que 20° environ. Il y a deux mois, je pensais être obligé de recourir, chez ce malade, à une ablation; aujourd'hui, celle-ci serait contre-indiquée.

Remarques. — Des observations précédentes se dégagent plusieurs données qui méritent d'autant plus de fixer l'attention que, comme l'a fait remarquer M. Berger, l'histoire de ces ostéomes, en particulier celle des ostéomes des cavaliers, est loin d'être complète et sans obscurités. Trop rares encore sont les faits rapportés avec détails et surtout ceux contrôlés par une constatation *de visu*. La pathogénie, le siège exact de ces tumeurs, leurs connexions éloignées ou intimes avec les os, leur constitution histologique, la durée de leur développement, les indications thérapeutiques qu'elles comportent, les résultats de l'intervention sont autant de points qui méritent encore étude et à l'éclaircissement desquels les faits qui vous ont été communiqués contribueront dans une certaine mesure.

I. — La genèse de ces ostéomes par la *transformation osseuse d'un foyer hématique*, admise par Seydeler, Charvot, Demmler, Ramonet, a perdu beaucoup de sa valeur depuis qu'on a constaté que ces tumeurs surviennent parfois insidieusement, sans traumatisme brutal. Dans les cas où leur développement a suivi une rupture, on peut admettre que l'accident qui a rompu des vaisseaux a aussi entraîné la déchirure et l'irritation consécutive de tous les éléments du muscle. La concomitance de deux accidents qui peuvent relever d'un même traumatisme n'impose pas la déduction que l'un dérive de l'autre. Enfin, comme l'a fait remarquer M. Sieur, il est assez singulier de penser que, seul, l'hématome développé dans les muscles deltoïde, brachial antérieur et adducteurs de la cuisse ait cette propriété ossifiante.

II. — Le développement de ces ostéomes par le *processus de la*

myosité ossifiante est encore, comme vous savez, généralement accepté. C'est à cette théorie que se sont ralliés MM. Favier et Schmit dans leurs mémoires ; c'est celle qu'a défendue ici M. Le Dentu.

Pour l'un des ostéomes de M. Rigal, on pourrait peut-être l'invoquer. La tumeur osseuse était en plein muscle adducteur, et M. Rigal fait lui-même remarquer que, « comme les attaches supérieures et inférieures étaient indemnes de tout point d'ossification, il était impossible d'admettre qu'elle ait été produite par une poussée anormale d'ossification partie de ses points d'insertion et due à un arrachement du périoste. Pour lui, les néoformations osseuses s'étaient développées dans le tissu conjonctif interfibrillaire. »

Sur mon volumineux ostéome, le muscle semble bien avoir pris part au développement de la tumeur osseuse, ainsi qu'en témoignent les insertions de fibres d'apparence normale sur des prolongements transversaux que présentait cet ostéome à diverses hauteurs ou dans l'intérieur de grosses cavités dont il était creusé. Mais cette part n'a été qu'accessoire, comme vous pouvez le constater au vu de la pièce même.

Peut-être aussi, dans le cas de M. Yvert, où la tumeur n'adhérait ni au pubis, ni à la ligne âpre, en était-il ainsi. Enfin, dans les deux observations d'ostéomes du moyen adducteur rapportées par M. Sieur, il est dit que l'insertion osseuse n'existait pas pour tous les noyaux osseux constituant la masse de l'ostéome ; que les plus rapprochés du pubis étaient complètement englobés au milieu des fibres musculaires dont un grand nombre prenait insertion à leur surface.

M. Favier, dans son mémoire, parle d'ostéomes du moyen adducteur siégeant à une certaine distance du pubis et sans connexion avec lui, comme sans implantation sur le fémur ; dans le cas que vous a rappelé M. Le Dentu, il en était de même. Avec eux on peut admettre cette *origine musculaire*, l'ossification primitive de muscles contus, déchirés ou irrités, lorsque les ostéomes sont mobiles et très distants des attaches périostéo-tendineuses.

III. — Mais, des constatations que vous avez pu faire sur la pièce aussi démonstrative que rare que je vous ai présentée, de celles qu'ont faites MM. Rigal et Yvert, la part trop méconnue que l'os, que la couche ostéogénique de son périoste prennent à la formation osseuse, ressort avec la dernière évidence. Sur cette pièce, l'ostéome s'implante directement sur le fémur par une très large base, au niveau des insertions du moyen adducteur, en dedans de la crête de la ligne âpre, mais aussi contre la face interne de l'os,

c'est-à-dire dans des points qui ne correspondaient pas à l'insertion tendineuse. Cette base, régulièrement elliptique, a 9 centimètres de long sur 4 de large.

Dans un de mes cas d'ostéome du coude, la tumeur osseuse coiffait l'humérus et était intimement soudée avec lui. Je rappellerai qu'elle prenait une insertion continue sur toute la portion de la face antérieure de cet os comprise entre les insertions supérieures du brachial antérieur et celles de la capsule, et qu'elle était séparée par une coque fibreuse continue des fibres de ce muscle absolument normales comme aspect et comme épaisseur.

M. Yvert trouve sur le cubitus l'insertion de l'ostéome du coude qu'il abrase.

Les ostéomes du moyen adducteur enlevés par M. Sieur n'avaient aucune insertion sur le bassin; mais, par leur extrémité inférieure, ils s'inséraient nettement sur la ligne âpre. Et bien que l'absence d'une constatation directe donne à ces faits une moindre valeur, on peut encore considérer comme d'origine périostéo-osseuse les cas de Schmit, où la tumeur faisait absolument corps avec le fémur et certains autres, signalés par Charvot, d'ostéomes du coude confondus trop systématiquement avec des hématomes et absolument immobilisés contre l'humérus.

Si, à l'origine musculaire primitive ou au développement consécutif par le muscle, auxquels j'ai laissé une place qu'ils me paraissent comporter, certains opposent encore quelques objections, la genèse périostéo-osseuse de tumeurs à base osseuse si massive et si intimement confondue avec les couches superficielles de la diaphyse semble, par contre, devoir être acceptée sans réserve. Les faits que j'ai rappelés auront le mérite d'avoir attiré l'attention sur cette pathogénie trop méconnue. Ils semblent indiquer que l'implantation osseuse est la plus fréquente. D'autres cas, contrôlés par l'intervention, ne tarderont pas sans doute à nous fixer définitivement sur ce point.

IV. — Orlow ayant eu l'occasion d'examiner histologiquement un ostéome humain, se rattache nettement à l'idée d'une origine périostique. « Un traumatisme assez violent pour déchirer les fibres musculaires peut aussi, dit-il, arracher le périoste seul ou le périoste avec des lamelles osseuses superficielles. Transporté en un autre point par la rétraction musculaire, ce tissu périostique continue à former de l'os. Ainsi se développe l'ostéome des muscles.» M. Berger, dans la discussion du 27 décembre 1893, s'est déclaré partisan de cette théorie en y ajoutant une donnée personnelle. Vous vous rappelez que notre collègue a admis que certains ostéomes des cavaliers paraissent devoir être attribués à un arrache-

ment des insertions pubiennes des adducteurs détachant du bassin un fragment osseux qui persiste à l'état de noyau mobile dans l'épaisseur de la masse musculaire.

M. le médecin-major Sieur, répétiteur à l'École de santé militaire de Lyon, défend la genèse de ces ostéomes admise par Orlow. L'existence de travées cartilagineuses dans un ostéome datant de un mois et demi et composé d'éléments jeunes, l'a porté à penser, dit-il, que la cause de cet ostéome devait être rattachée à un arrachement du périoste, la présence de la production cartilagineuse ne pouvant s'expliquer autrement. M. le médecin-major Berthier, répétiteur à la même École, a, dans des expériences sur le lapin, cherché à mettre bien en relief ce mode pathogénique. Voici en quoi ont consisté ces expériences des plus intéressantes :

Par une incision convenable pratiquée à la face interne de la cuisse, ayant mis à nu les insertions des adducteurs sur le fémur, il choisit un point du périoste qui donne attache aux fibres musculaires. Un lambeau périostique fut délimité et détaché en respectant la substance osseuse sous-jacente. Les fibres musculaires se rétractèrent, entraînant avec elles le lambeau du périoste et, afin que la greffe pénétrât bien dans le muscle, quelques décharges électriques furent appliquées sur la région après que l'incision fut suturée et oblitérée par un pansement antiseptique.

Six lapins ont été successivement soumis à cette expérimentation et sacrifiés après un délai variable : 6 jours, 9 jours, 13 jours et 4 mois. Comme toutes les précautions antiseptiques avaient été prises au momoment de l'opération, chez aucun d'eux il ne s'est produit de suppuration.

Après durcissement des blocs musculaires contenant les productions osseuses, des coupes colorées au carmin aluné ont permis de faire les constatations suivantes :

Chez les lapins sacrifiés dans les quinze premiers jours après l'opération, la masse néoformée est bordée d'une lame fibreuse périostée ; elle présente deux zones de structure différente. La plus grande partie est constituée par du tissu cartilagineux. La zone périphérique en contact avec la lame fibreuse est formée par une substance osseuse sillonnée de lacunes, larges canaux vasculaires à la surface desquels on distingue des cellules endothéliales. Dans cette zone, les éléments cellulaires ont l'aspect de cellules osseuses fœtales. Aucune limite n'existe entre les deux zones osseuse et cartilagineuse, cette dernière étant pénétrée par des prolongements osseux autour desquels s'observe d'une façon évidente la transformation du cartilage en os.

L'ostéome expérimental datant de quatre mois est constitué, contrairement au précédent, par de *l'os compact analogue à la substance de la couche corticale de la diaphyse des os longs* et contenant des *canaux de Havers* étroits.

Il est entouré d'une mince couche périostée sur laquelle viennent

s'insérer, presque à angle droit, les fibres musculaires. Entre les deux formes d'ostéomes, spongieux et durs, il n'existe donc qu'une différence d'âge et tous reconnaissent pour origine un lambeau de périoste arraché et irrité.

Quoi de plus séduisant que cette genèse des ostéomes des cavaliers par cette *séparation* périostée, périostéo-tendineuse ou apophysaire! N'explique-t-elle pas avec la plus grande netteté la formation de ces tumeurs isolées, développées en plein muscle quand le fragment périosté ou l'apophyse ont été complètement séparés et entraînés à grande distance par la rétraction musculaire, et ces tumeurs pédiculées ou sessiles fournies par un lambeau incomplètement détaché et encore adhérent? Mais si la théorie est séduisante et si les expériences semblent puissamment en affirmer la valeur, on peut se demander si elle est réellement exacte? Ces transplantations périostiques, faites au gré de l'expérimentateur qui s'aide du bistouri, se reproduisent-elles avec la même netteté chez l'homme, dans des conditions moins artificielles, par le seul effet d'une traction énergique exercée suivant la direction des tendons? La réponse peut être aisément obtenue par l'expérimentation cadavérique.

Il résulte d'expériences faites avec M. le médecin-major Marcus, avec l'assistance de M. le Dr Galley, médecin stagiaire, que :

1° Les tractions les plus énergiques faites avec les deux mains sur les tendons des adducteurs bien mis à nu et saisis transversalement avec une pince, près de leurs points d'insertion, ne déterminent aucune séparation périostée ou osseuse. Or, ces tractions sont déjà supérieures à celles que pourrait exercer le muscle sur ses attaches.

2° *a.* Sur le cadavre d'un adulte, des tractions axiles de 130, 150 kilogrammes, mesurées au dynamomètre, et exercées sur le tendon supérieur du moyen adducteur, très près de ses attaches, entraînent la déchirure des fibres tendineuses saisies, mais elles ne peuvent détacher l'épine pubienne ni même son périoste;

b. Une traction de 140 kilogrammes ne peut séparer l'insertion périostée du tendon inférieur du moyen adducteur débarrassé cependant des fibres épaisses de renforcement de la cloison intermusculaire interne et saisi tout près de ses attaches. Cette traction amène seulement la rupture des fibres tenues par les pinces ;

c. Sur les fibres d'insertion inférieures, si minces, du petit adducteur, une traction de 75 kilogrammes amène l'effilochement de ces fibres tendineuses sans entraîner l'arrachement ou même le soulèvement du périoste;

d. Sur le tendon inférieur du grand adducteur, complètement isolé des attaches de renforcement puissantes de la cloison intermusculaire interne, des tractions de 105, 130 kilogrammes restent sans effet. Ce

n'est qu'à la troisième reprise, sous une traction de 130 kilogrammes, qu'une petite séparation périostéo-osseuse peut se faire, mais alors l'expérience n'est plus démonstrative; car le tendon effiloché et réduit alors à un très court moignon avait dû être fortement *tordu* sur lui-même pour pouvoir être saisi par les pinces et la corde de traction;

e. Le tendon opposé du même muscle, saisi à 10 centimètres au-dessus de ses insertions et étiré avec une force de 110 kilogrammes, ne se sépare pas. Saisi à 4 centimètres, il n'entraîne ni lambeau, ni décollement périostique malgré des tractions successives de 130, 120, 130 kilogrammes, et ce n'est qu'à la cinquième expérience que ce tendon effiloché, saisi au ras de l'os et *tordu* sur lui-même plusieurs fois, entraîne sous une traction de 110 kilogrammes un lambeau périostéo-osseux. Encore ici l'expérience n'était plus démonstrative;

f. Dans une expérience j'ai cherché, par un vigoureux coup de marteau, à diminuer la résistance du périoste au niveau des attaches tendineuses du moyen adducteur mises à nu. Celui-ci n'a pas cédé malgré une traction de 120 kilogrammes. Je m'en suis tenu à cette seule expérience après avoir refléchi qu'un traumatisme direct capable de diminuer la solidité des connexions périostées, doit d'abord dissocier, détruire les fibres musculaires au point frappé, par conséquent rendre impossible le décollement et la séparation du lambeau périostique qui nécessite un effort musculaire excessif, partant l'intégrité absolue des fibres.

Ces expériences cadavériques semblent autoriser cette conclusion : une traction exercée sur les tendons d'un muscle, en particulier sur ceux des adducteurs de la cuisse, dans le sens de la traction physiologique, est incapable chez un homme sain de séparer le périoste de ses attaches osseuses ou d'arracher une épine d'insertion, alors même que la traction exercée avec des moufles et assez brusquement dépasse de beaucoup la mesure physiologique. En conséquence, le mécanisme de production de ces ostéomes admis par Orlow est inadmissible. S'ils ont une origine périostéo-osseuse, dans maints cas, ce qui est indéniable, l'activité de la couche ostéogénique du périoste n'a pas besoin, pour les produire, d'être provoquée par une séparation complète ou incomplète d'un lambeau périosté.

En somme, la genèse osseuse trop méconnue de ces ostéomes est incontestable ; mais, dans la plupart des cas, son mécanisme intime, ses causes déterminantes nous échappent. On doit y penser quand on a affaire à des tumeurs fixes. L'ossification de lambeaux de périoste détachés complètement ou incomplètement semble inadmissible d'une façon générale ; la séparation de fragments osseux, si j'en juge par les expériences précédentes, ne saurait être invoquée pour expliquer le développement des ostéomes supérieurs du moyen adducteur distants de l'os. Peut-être y aurait-il

lieu de faire quelques réserves pour le coude, où la séparation du bec de l'apophyse coronoïde, produite non par le mécanisme de la traction musculaire mais par traumatisme direct, dans les luxations en arrière, est surabondamment démontrée. L'ossification directe des muscles traumatisés, primitive ou secondaire, principale ou accessoire, paraît admissible jusqu'à plus ample informé. Elle expliquerait le développement d'ostéomes mobiles à siège éloigné des insertions musculaires. Les faits ultérieurs en indiqueront le degré de fréquence. En tous cas, l'ostéome musculaire paraît jusqu'ici plus rare que l'ostéome osseux.

Relativement à la constitution histologique de ces ostéomes, il ressort des faits que je viens de rapporter que leur structure se rapproche de celle des os en période de développement, et que, suivant leur âge, comme l'a bien fait ressortir M. Sieur, ils peuvent ou non présenter une organisation osseuse incomplète ou complète avec des canaux de Havers.

Un point des plus curieux de leur histoire, et qui s'affirme de plus en plus à mesure que le nombre des faits publiés augmente, est relatif à l'extrême, à l'étonnante rapidité de leur développement. Chez mon malade, les ostéomes si volumineux des adducteurs s'étaient développés en quelques mois; sur deux de mes malades, des ostéomes volumineux du coude s'étaient développés en un mois; chez celui de M. Yvert, six semaines après le traumatisme, il avait déjà acquis une étendue très notable.

Sur un de ses opérés, M. Sieur enlève, un mois et demi après le trauma, quatre productions osseuses dont l'une a 4 centimètres de haut sur 2 et demi d'épaisseur et de large; sur un autre, l'ostéome, mesurant 9 centimètres sur 7, est enlevé treize mois et demi après le début des accidents.

La rapidité de l'apparition d'une tumeur musculaire dure ne saurait donc plus nous servir à exclure aujourd'hui le diagnostic d'ostéome, comme nous le faisions il y a peu de temps encore, alors que nous étions privés de l'évidence qui s'attache à un examen direct.

De même, la diminution notable de la tumeur sous l'influence du massage ou spontanément ne pourrait servir à différencier l'hématome de l'ostéome aussi nettement qu'on le pensait, que je le pensais moi-même lors de la présentation de mon premier opéré. J'ai constaté sur deux malades des diminutions notables sous le massage. Une masse osseuse assez étendue a néanmoins persisté. Cette diminution de volume s'explique sans doute par la disparition ou la diminution de l'épanchement sanguin concomitant, l'atrophie de la coque si épaisse qui parfois entoure l'ostéome, et

peut-être par le trouble apporté à la vitalité des éléments qui concourent à la production osseuse.

Je viens de dire que la coque qui entoure l'ostéome est le plus souvent épaisse. C'est un fait encore digne de remarque. Par son épaisseur, cette coque peut accroître de beaucoup les dimensions de l'ostéome. Sur un opéré de M. Boppe, entre autres, un ostéome du volume de 4 centimètres sur 2 avant l'intervention fut trouvé n'avoir que le volume d'une petite amande après l'opération. Peut-être, sous ce rapport, y aurait-il des différences à signaler entre les ostéomes récents et anciens?

Quels sont les cas dans lesquels ont est autorisé à enlever ces ostéomes? C'est là une question que se sont posée MM. Rigal et Yvert dans leurs communications. Les indications de l'intervention ont été déjà si nettement précisées par MM. Favier, Schmit, Berger, qu'il n'y avait qu'à les reproduire. Ce n'est que lorsqu'elles sont douloureuses spontanément ou par pression, qu'elles sont volumineuses et qu'elles apportent une gêne notable dans le fonctionnement du membre qu'il y a lieu de songer à enlever ces tumeurs osseuses. La situation sociale du malade doit cependant influencer le chirurgien dans sa détermiuation. Un ostéome des adducteurs n'occasionnant aucune gêne chez un homme qui ne demandera aux membres inférieurs que les mouvements de la marche, rendra impossible l'exercice du cheval et pourra s'opposer à la continuation d'une carrière chez un cavalier. Chez lui on pratiquera l'ablation de l'ostéome dans ces conditions. C'est l'avis émis par M. Yvert dans son observation. Vous le partagerez, sans doute.

On a fait ressortir, pour contre-indiquer l'opération lorsque l'ostéome n'était ni douloureux ni gênant, que l'ablation pouvait être suivie d'un résultat compromettant au point de vue du fonctionnement du membre et on rappelait que le malade de Josephson, opéré avant l'adoption des pratiques antiseptiques, n'avait pu guérir assez bien pour reprendre son métier, la cicatrice crurale étant étendue et mince.

Les faits que je viens de rapporter apportent un nouvel élément à la question. J'enlève un gros ostéome de la cuisse chez un soldat, il meurt d'intoxication iodoformée ; M. Rigal fait l'extirpation d'un ostéome volumineux, assez semblable au mien, son malade meurt de septicémie. C'est une série noire, dira-t-on. Je le pense moi-même, mais qui peut dire que la dernière terminaison ne serait pas encore possible après l'intervention de maints opérateurs? Aussi je crois qu'une indication thérapeutique générale doit en tenir compte, surtout lorsqu'il s'agit d'ostéomes volumineux à large base. Le pédicule est constitué par un tissu à tel point spongieux, il est doué de propriétés de résorption si grandes que des antiseptiques

toxiques ou que les produits toxiques qu'une antisepsie insuffisante ont permis de se développer dans la plaie ne peuvent qu'être absorbés par lui avec la plus grande facilité. Ce sont là des conditions qu'il ne faut pas perdre de vue lorsqu'on discute l'opportunité de l'intervention et d'où découlent, lorsqu'on opère, des précautions spéciales qu'il est inutile de spécifier.

En somme, je crois qu'il est sage, d'une façon générale, de n'opérer que lorsque la tumeur est douloureuse, gênante et qu'elle compromet la carrière du blessé.

Pour ce qui est du *moment de l'opération*, M. Rigal émet l'avis que l'intervention doit être précoce. Nous savons, dit-il, que ces ostéomes peuvent prendre parfois une extension telle que l'impotence fonctionnelle devient absolue par suite des douleurs intolérables qu'elles occasionnent et que l'abstention opératoire a pu être imposée, en certains cas, en raison de leur volume excessif; d'autre part, les aiguilles osseuses végétantes qui les surmontent exposent le malade, à un moment donné, à des hémorragies redoutables. Je croirais, au contraire qu'il est préférable d'attendre quelques mois après avoir soumis la tuméfaction à l'action d'un massage énergique. Deux de mes malades atteints d'ostéome du coude ont vu leur tumeur diminuer assez, grâce à lui, pour que l'opération ait été inutile, et quant aux deux dernières remarques de M. Rigal, je n'ai pas vu leur valeur affirmée par des faits. Pour le coude, en raison de la difficulté qu'on éprouve à rétablir ses mouvements, j'interviendrais cependant plus vite qu'à la cuisse.

Relativement à l'*acte opératoire*, je ferai remarquer, en m'appuyant surtout sur ce que j'ai observé, qu'il y a avantage pour le dégagement de l'ostéome à bien suivre la paroi interne de la coque fibreuse, épaisse, qui l'entoure et qui protège les parties voisines, surtout les gros vaisseaux, à la facon de la poche résistante des abcès froids dans les tuberculoses locales.

Cette pratique me semble bien préférable à celle qui consiste à tailler en plein muscle. Elle est plus sûre et laisse moins de dégâts. D'ailleurs je l'ai constaté sur mes deux opérés, la séparation de cette coque est très facile lorsque la surface de l'ostéome est lisse, et elle ne serait un peu longue que dans les points où la coque s'enfonce dans les anfractuosités de cette surface. Si l'on éprouvait quelques difficultés à cette séparation, on pourrait se servir des ciseaux ou du bistouri.

Sur mon malade opéré d'un ostéome du moyen adducteur, après section du pédicule, complétée par un évidement, je n'ai cependant enlevé tout ce pédicule jusqu'à la ligne âpre. M. Sieur n'a pu, lui aussi, faire une ablation totale. S'il était démontré que celle-ci fût nécessaire, il faudrait, après avoir sectionné la tumeur près de

sa base et l'avoir enlevée par une incision antéro-interne, atteindre par une nouvelle incision postérieure, médiane, ce qui reste de l'ostéome.

Je terminerai par une remarque sur le degré de fréquence de ces tumeurs. Je relève dans le mémoire de M. Yvert qu'il n'en a observé qu'un cas en cinq ans à l'École de cavalerie de Saumur où les ruptures musculaires sont, au contraire, fréquentes; en quatorze mois, dans la même École, je n'en ai pas vu d'exemples. Au Val-de-Grâce, depuis six ans, j'en ai observé quatre à cinq cas, surtout au coude.

Les ostéomes de la partie inférieure du moyen adducteur seraient plus rares que ceux de la partie supérieure d'après les dix faits du mémoire de Favier. Depuis, Schmitt, Rigal, Yvert, Sieur et moi-même en avons observé dix cas à la partie inférieure; trois de ruptures bilatérales, dont les observations se comptent.

Telles sont les remarques que m'ont inspirées mes faits personnels et ceux consignés dans les Mémoires de MM. Yvert, Rigal et Sieur. Je vous proposerais d'adresser des remerciements à MM. Yvert, Rigal et Sieur et de déposer leurs travaux dans nos Archives.

Discussion.

MM. Michaux, Tuffier, Schwartz considèrent le premier malade présenté par M. Delorme comme atteint d'une simple exostose ostéogénique.

M. Delorme. Je pense que la distinction n'est pas toujours facile à faire. J'ai rangé la tumeur de ce malade parmi les ostéomes, à cause de son origine nettement traumatique, de son apposition à une certaine distance du point d'implantation osseux.

Lecture.

M. Alfred Martin lit un travail sur l'*Anesthésie par le bromure d'éthyle.* — Renvoyé à une commission (M. Peyrot, rapporteur).

Présentation de malades.

1° *Gangrène phéniquée du pouce.*

M. Monod présente une femme âgée de 35 ans, surveillante dans un dispensaire, qui, le 21 juin dernier, a eu le pouce pincé dans une porte.

Aussitôt après l'accident, elle a été pansée avec un linge trempé dans de l'alcool camphré. Elle a gardé ce premier pansement pendant douze heures, au bout desquelles elle a pris un bain de main dans une solution phéniquée à 1/100e, le bain a duré une demi-heure.

Le pouce a été ensuite enveloppé dans un linge trempé dans la solution qui avait servi pour le bain. Ce pansement a été renouvelé au bout de cinq heures, après un nouveau bain d'une demi-heure.

Ce second pansement est resté douze heures en place. Lorsqu'il a été levé, la peau à le base du pouce, au niveau de la face dorsale de l'extrémité supérieure de la première phalange était rouge et parsemée de phlyctènes. En même temps, la malade avait l'impression que le doigt « était mort ».

A partir de ce moment l'eau phéniquée fut supprimée, et remplacée, pour bains et pansements, par une solution boriquée à 3/100e.

Mais l'insensibilité au toucher du pouce persista ; ce doigt devint de plus le siège de fourmillements et d'élancements qui durent encore.

Actuellement, le pouce, depuis son extrémité jusqu'à une ligne qui correspond sur la face dorsale, à la moitié de la première phalange, qui descend un peu plus bas à la face palmaire, présente tous les caractères d'une gangrène sèche. Il est froid et d'une couleur blanc gris, tirant sur le noir; d'une sensibilité complète au contact, à la pression, à la piqûre au-dessus de cette ligne, la peau de la face dorsale présente une teinte rouge, avec tendance à la desquamation, semblant résulter d'un vésicatoire superficiel.

La malade accuse une douleur assez vive qu'elle localise dans la région de l'ongle.

Bref, on retrouve ici tous les caractères d'une gangrène sèche, succédant à l'application d'un pansement phéniqué, lésion dont M. Monod a déjà présenté un exemple à ses collègues [1] et dont il a depuis lors eu occasion d'observer un autre.

M. Monod n'avait pu, dans ces deux cas, savoir exactement le titre de la solution phéniquée qui avait été mise en usage. Dans celui-ci il a été mieux renseigné.

La malade est employée dans un dispensaire, elle prépare elle-même les liquides destinés aux pansements qu'elle est appelée à faire. Elle affirme que la solution phéniquée dont elle se sert journellement est toujours à 1/100e. Il n'y en a pas d'autre dans l'établissement.

C'est à cette solution relativement faible qu'elle a eu recours pour elle-même, et le pansement n'est resté en place que cinq heures d'abord et douze heures ensuite.

Si ces faits sont exacts, et rien n'autorise à les mettre en doute, on doit en conclure que la gangrène observée chez cette malade

[1] *Bull. et mem. de la Soc. de chir.*, t. XV, p. 394 (séance du 8 mai 1889)

résulte de l'emploi, en application locale, d'une solution phéniquée qui ne donne pas habituellement lieu à des accidents de ce genre.

Ne pourrait-on donc se demander si le traumatisme subi par le pouce n'a pas déterminé dans les tissus une sorte de stupeur ou d'anémie locale prédisposant à la mortification?

Discussion.

M. Delorme. J'ai observé deux cas de gangrène des doigts après un traumatisme. Sans vouloir nier l'importance de la concentration de la solution employée comme topique, je crois qu'il faut tenir compte dans la genèse des accidents : 1° de la gravité de l'attrition subie par les tissus ; 2° de la longueur du bain local.

M. Peyrot. Je suis bien disposé, au contraire, à n'attribuer ici aucune importance à la longueur du bain. La plupart de ces cas sont observés chez des blessés qui ont maintenu sur un doigt des linges imbibés d'une solution probablement imparfaite. Tout le monde a eu entre les mains de ces prétendues solutions phéniquées au fond desquelles on voyait rouler une couche épaisse de globules d'acide phénique. Si par malheur on vient à verser ce fond de bouteille sur les compresses dont je parlais tout à l'heure, on fait une application d'acide phénique pur, absolument caustique, et il n'est pas étonnant que la gangrène s'ensuive.

M. Routier. C'est probablement ainsi qu'il faut expliquer les accidents. Beaucoup de solutions remises aux malades par les pharmaciens sont très mal faites, surtout lorsqu'on emploie l'alcool.

M. Championnière. Je ne nie pas l'action très caustique des solutions impures, et j'ai toujours conseillé, pour obtenir une meilleure dissolution et pour éviter une cause d'irritation de plus, d'employer la glycérine et non l'alcool dans la préparation des solutions phéniquées. Mais les gangrènes phéniquées sont rarement imputables à cette cause. Elles succèdent plutôt à des applications trop prolongées de topiques, même légers, faits par les malades eux-mêmes. Lister avait déjà indiqué les inconvénients que présente le contact permanent des solutions phéniquées.

M. Peyrot. Il m'est bien difficile d'être tout à fait de l'avis de M. Championnière. Je donne tous les jours des bains permanents qui durent six, huit, dix heures dans des solutions phéniquées à 1/00e, à des malades atteints de suppurations étendues, d'écrasement des membres, et en particulier du membre supérieur; eh bien, j'affirme que pas une seule fois en pareil cas, il ne se produit

le moindre sphacèle. Il y a donc quelque chose d'un peu obscur dans la formule de M. Championnière et je pense qu'il faut distinguer entre certains contacts prolongés et certains autres.

M. Championnière. Le contact permanent dans un bain où se produit une certaine évaporation, est différent de celui qui s'obtient par l'addition incessante sur les pièces d'un pansement d'une solution préparée à l'avance.

Je pense bien d'ailleurs que la nature de la solution a quelque importance. Les acides phéniques sont très différents les uns des autres. Le phénol absolu est loin d'avoir l'action irritante des acides phéniques communs.

2° *Atrophie du testicule droit consécutive à une contusion du testicule* (*orchite traumatique*).

M. Monod présente un jeune garçon, âgé de 14 ans, atteint d'une atrophie du testicule survenue dans les circonstances suivantes :

En octobre 1893, ce petit garçon fait une chute dans un escalier ; la cuisse porte sur le bord d'une marche par sa face interne et est violemment contusionnée ; les bourses sont comprimées dans le choc.

La douleur immédiate est peu intense, mais elle apparaît trois ou quatre heures après sur le testicule droit ; elle va croissant et devient vite intolérable.

Dans l'espace de quelques heures, la bourse devient volumineuse, grosse comme un œuf de poule.

Pendant cinq jours, la douleur reste vive et le gonflement considérable. Aucune réaction fébrile appréciable.

Le cinquième jour, la douleur s'amende progressivement ; huit jours après elle a complètement disparu. Le gonflement de la bourse reste stationnaire puis diminue. Le testicule devient distinct et l'on constate qu'il s'atrophie peu à peu.

Depuis quatre mois, il est dans l'état où il est aujourd'hui.

Réduit au volume d'une petite noisette, il est dur, résistant. L'épididyme ne peut être distingué de la glande. La sensation testiculaire n'est pas abolie, mais très notablement diminuée.

Le scrotum est fortement rétracté à droite.

Le malade n'éprouve ni douleur ni gêne.

Bien qu'il n'ait pas assisté à l'évolution des accidents, M. Monod — d'après le récit très net du malade, en l'absence de tout antécédent personnel ou héréditaire de tuberculose ou de syphilis, en l'absence aussi d'une atteinte d'oreillons chez le sujet lui-même ou dans sa famille à l'époque du traumatisme — croit qu'il est permis

de conclure ici à l'existence d'une atrophie du testicule succédant à une contusion — exemple rare d'orchite traumatique vraie.

3° *Accidents d'hystéro-traumatisme à la suite d'un coup reçu sur le crâne.*

M. Peyrot. Le malade que j'ai l'honneur de vous présenter, Th. Jean, âgé de 37 ans, journalier, vous frappe tout de suite par sa démarche traînante (il a de la peine à lever les pieds en marchant et se soutient avec deux cannes), par le bégaiement très prononcé dont il est atteint et par l'asymétrie de sa face, qui donne l'idée au premier abord d'une hémiplégie faciale.

Ces accidents, sauf le bégaiement qui existait auparavant mais a beaucoup augmenté depuis, sont consécutifs à un accident dont je parlerai tout à l'heure.

Les *antécédents héréditaires* ne présentent qu'un point intéressant; la mère du malade est morte aliénée. Les *antécédents personnels* sont peu importants ; notons pourtant un bégaiement appréciable qui a, je le répète, augmenté depuis le traumatisme et la perte d'un œil par suite d'un accident il y a quatre ans.

Origine des accidents actuels. — Le 16 février 1894, il reçoit sur la partie latérale droite de la tête, en pleine région pariétale, d'une hauteur de $1^m,60$, une poulie du poids de 4 kilogrammes, qui fait une plaie au cuir chevelu de 3 à 4 centimètres de long. Sur le coup, perte de connaissance qui dure 6 heures. Il revient à lui et ne paraît d'abord se ressentir de rien.

C'est seulement huit jours après, au milieu de la nuit, qu'il éprouve des tiraillements dans les membres et dans la face. Il se trouve au lever à peu près dans l'état où vous le voyez maintenant. Il aurait eu, en outre, entre ce moment et son entrée à l'hôpital (31 mai), deux ou trois crises convulsives, sur lesquelles il est impossible d'obtenir aucun renseignement précis et qui ne semblent pas avoir été bien graves.

État acluel. — Bégaiement extrêmement prononcé, rendant l'interrogatoire fort difficile.

Troubles de la motilité : Du côté des membres. — Tous les mouvements sont possibles ; mais la force musculaire est considérablement amoindrie des deux côtés et surtout à gauche où existe une parésie très accentuée. Le malade marche en s'appuyant sur deux cannes ; les pieds traînent sur le sol, surtout le gauche. Pas d'incoordination des mouvements ; pas de phénomènes spasmodiques.

Du côté de la face. — L'asymétrie que l'on constate tout d'abord n'est pas due à une paralysie, mais à la contracture des muscles du côté gauche. — L'orbiculaire des paupières ne semble pas atteint ; mais

l'examen n'est pas facile. C'est cet œil qui a été perdu et enlevé à la suite d'un accident. La pointe du nez, la commissure labiale, la pointe de la langue sont déviées à gauche, d'une façon légère mais très appréciable. La déviation augmente sous l'influence d'une émotion, d'un examen trop prolongé, ou lorsque le malade se sent observé. Dans ces conditions, des secousses assez étendues se produisent au niveau des muscles contractés. Rien du côté des sphincters.

État des réflexes. — Les réflexes tendineux sont normaux ; peut-être un peu exagérés. Pas de trépidation épileptoïde du pied.

Les réflexes papillaires à la lumière et à l'accommodation sont normaux.

Le réflexe pharyngien est conservé.

Troubles de la sensibilité : (a) *Sensibilité générale.* — Hémianesthésie complète du côté gauche au contact, à la piqûre, au froid.

(b) *Sensibilité spéciale.* — Pas de troubles du côté de l'œil droit restant seul ; le champ visuel ne paraît pas rétréci.

Rien du côté des autres organes des sens.

Troubles viscéraux. — Ils sont nuls. Pas de température anormale ; poumon et cœur en bon état. Appétit normal ; digestion facile.

Traces de l'accident initial. — On trouve une cicatrice de 3 centimètres et demi au niveau de la partie la plus saillante de la bosse pariétale droite. A ce niveau, la peau est bien mobile sur les parties profondes et l'on ne sent pas d'enfoncement osseux.

Il m'a paru après cet examen que l'on ne pouvait pas attribuer les accidents observés, à une lésion cérébrale directement produite par le traumatisme de la région pariétale. Ces parésies étendues, cette contracture de la face, cette hémianesthésie complète m'ont paru relever uniquement de l'hystéro-traumatisme, et notre collègue, M. Babinski, qui a bien voulu voir le malade, a confirmé cette opinion d'une façon formelle.

Discussion.

M. Championnière. Je n'oserais pas être aussi affirmatif. Le malade porte une cicatrice sur le pariétal droit ; il a été violemment atteint ; il est naturel de chercher à établir une relation directe entre le traumatisme et les accidents.

Ces derniers sont loin d'être toujours simples. Une méningo-encéphalite traumatique peut donner lieu à des phénomènes variés et qui ressemblent à ceux que présente votre malade.

M. Tuffier. J'ai observé un fait qui présentait quelque analogie avec celui de M. Peyrot.

Un jeune homme, à la suite d'un gros traumatisme rachidien, présenta une paraplégie très bizarre qui aurait pu inviter à tenter

une intervention. L'examen fait par des collègues rompus à l'étude des maladies nerveuses, établit qu'il s'agissait d'accidents hystériformes avec le diagnostic astasie-abasie. Le malade a guéri complètement après une rechute.

M. Championnière. Il ne faut pas assimiler les faits qui se rapportent à des lésions rachidiennes, à ceux qui concernent le crâne. Pour ce dernier, les difficultés sont déjà grandes. Pour les autres, elles sont extrêmes et je ne pense pas qu'à leur sujet on puisse avoir la moindre confiance dans les données médicales. J'ai fait examiner moi-même, il y a quelques années, par les maîtres les plus autorisés, un malade qui avait subi un traumatisme rachidien. Il fut unanimement déclaré hystérique ; or, au bout d'un temps assez long, il est devenu un parfait atrophique.

M. Delorme. Il semble que s'il s'agissait chez le malade de M. Peyrot d'une contracture hystérique, celle-ci devrait siéger du côté correspondant à la lésion traumatique.

M. Peyrot. Je répondrai à M. Championnière que dans mon cas la netteté de certains symptômes, et en particulier de l'anesthésie, ne permet guère de songer à autre chose qu'à de l'hystéro-traumatisme.

Le développement subit des accidents au milieu de la nuit, huit jours après l'accident, en dehors de tout accident fébrile permettant à penser à de la méningo-encéphalite, est tout à fait d'accord avec cette manière de voir.

Je ne puis partager l'opinion de M. Delorme sur la relation qu'il devrait y avoir entre le siège des contractures et le point blessé. L'hystérie frappe où elle veut, fort irrégulièrement.

M. Monod. Dans le cas présent, le traumatisme est certain ; mais il faut quelquefois se méfier de ces malades et suspecter jusqu'à la réalité de l'accident initial. J'ai vu un malade qui, à la suite d'un traumatisme du pariétal droit reçu dans un accident de chemin de fer, était atteint d'une épilepsie Jacksonnienne très nette du membre supérieur gauche. Un instant il fut question de le trépaner ; mais une étude aprofondie du sujet me fit voir qu'il s'agissait d'un hystérique. Le malade nous raconta mille histoires, sortit un jour de l'hôpital pour aller toucher, disait-il, l'indemnité qui lui avait été allouée à la suite de l'accident, et finalement nous avons appris qu'il n'avait jamais été victime d'aucun accident et que tout était inventé dans son aventure.

4° *Résection d'un prolapsus du rectum. Fixation du bout supérieur à la peau de l'anus par la méthode d'Hochenegg-Hartmann. Oblitération du rectum. Anus sacré par la méthode de Gersuny. Résultat satisfaisant.*

M. Chaput présente une malade âgée de 59 ans, qui a été opérée le 15 mars 1894 d'une résection complète d'un énorme prolapsus du rectum.

Au lieu de suturer les deux bouts par une suture circulaire, l'auteur a attiré en bas le bout supérieur et l'a suturé à la peau de l'anus d'après la pratique de Hochonegg et Hartmann, sans s'occuper du bout inférieur.

Au bout de quelques jours, les fils avaient coupé les tissus et le bout supérieur remontant au-dessus du sphincter, faisait dans le rectum une saillie considérable en battant de cloche.

La malade après être sortie de l'hôpital en très bon état revint le 19 mai avec une oblitération complète du rectum dont on ne sentait plus la lumière.

La saillie du bout supérieur avait disparu.

La malade n'ayant pas été à la selle depuis 10 jours, M. Chaput fit d'urgence le 20 mai 1894, l'incision de Kraske avec résection du coccyx et du sommet du sacrum. Le rectum fut isolé au-dessus du point rétréci et coupé transversalement.

Le bout inférieur fut suturé tout simplement à la peau.

Quant au bout supérieur, il fut tordu sur son axe, d'un tour complet et fixé dans cette position à la peau d'après la méthode de Gersuny. Par ce procédé, les fibres longitudinales deviennent spirales et même circulaires et jouent ainsi le rôle d'un sphincter. On évite ainsi l'incontinence des matières et le prolapsus du rectum si volumineux et si gênant avec l'anus sacré.

La malade ne présente pas de prolapsus rectal, mais seulement un petit bourrelet muqueux un peu œdématié. Le petit doigt est serré dans l'orifice et dans le trajet sur une étendue de 2 à 3 centimètres comme dans l'anus normal.

M. Chaput pense que cette méthode est appelée à un certain avenir, surtout pour les anus iliaques destinés à remédier aux cancers du rectum inopérables.

Cette observation comporte deux enseignements : l'un relatif au danger du rétrécissement après la fixation du bout supérieur à la peau de l'anus; l'autre, à l'enroulement de la méthode de Gersuny.

5° *Rétrécissement fibreux du pylore; gastroentérostomie.*

M. Tuffier présente un malade auquel il a fait la gastroentéros-

tomie pour un rétrécissement du pylore ayant amené le syndrome de la cachexie cancéreuse. Depuis l'opération qui a été faite en mars, le malade a gagné 15 kilogrammes.

Présentation d'appareil.

Au nom de MM. Guyon et Colin, M. Nélaton présente un bandage construit sur les indications de M. Guyon, pour maintenir le rein en ectopie. Cet appareil réalise les conditions d'une main qui, appliquée au niveau de la région lombaire, rapprocherait la paroi antérieure de l'abdomen de la postérieure.

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,
Peyrot.

Séance du 11 juillet 1894.

Présidence de M. J.-L. Championnière.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Les journaux et publications périodiques de la semaine.

Suite de la discussion sur le traitement des hernies gangrenées.

M. Chaput. Avant de répondre à l'argumentation si intéressante de M. Verneuil, permettez-moi, messieurs, de remercier le doyen de la chirurgie française de la courtoisie et de la bienveillance avec laquelle il a répondu au plus jeune de ses collègues de la Société de chirurgie.

A mon tour, je mettrai dans ma réponse toute la déférence et le

respect que j'ai toujours professés pour la haute personnalité de notre éminent collègue.

M. Verneuil m'a d'abord rappelé que la kélotomie sans réduction avait été, bien avant Richelot, conseillée par Girard. Si je n'ai point cité cet auteur, c'est parce que je n'ai pas fait un mémoire avec historique complet; je me suis efforcé de communiquer les faits et idées que j'ai trouvés les plus intéressants; j'ai seulement pris la précaution de citer quelques noms pour ne pas avoir l'air de donner comme miennes des opinions qui ne l'étaient pas.

D'ailleurs, si je suivais M. Verneuil dans la voie qu'il m'a tracée, je rappellerais que, bien avant Girard, Ledran, en 1752, avait pour la première fois préconisé la kélotomie sans réduction pour les hernies gangrenées ou suspectes.

Mais j'ai hâte de répondre aux critiques qui portent plus directement sur le fond de la question.

M. Verneuil m'a reproché de me contredire, d'inscrire dans mes conclusions des chiffres différents de ceux du corps de mon mémoire. En réalité, la contradiction n'existe pas. Si j'indique aux conclusions une mortalité de 80 à 90 0/0 pour l'anus contre nature, ces chiffres sont en rapport avec ceux de Franks (80 0/0) et de Lockwood (88 0/0). Quand je dis d'autre part, toujours aux conclusions, que la mortalité de la suture tombera à 30 ou 40 0/0, je m'appuie sur les chiffres de 33 et 50 0/0 accusés par M. Mikulicz et plusieurs autres opérateurs cités page 528, *Archives de médecine*, mai 1894.

Si j'ai adopté dans mes conclusions les chiffres de certains auteurs de préférence à d'autres, c'est que les premiers m'ont paru se rapprocher davantage de la vérité.

M. Verneuil proteste énergiquement contre cette assertion que j'ai formulée, à savoir qu'on ne pouvait pas améliorer la statistique des anus contre nature. J'aurais dû mieux préciser ma pensée et dire qu'on n'empêcherait jamais les inconvénients inhérents à l'écoulement des matières, puisque cet écoulement fait pour ainsi dire partie intégrante de l'opération.

Évidemment vous pourrez améliorer la technique de l'anus contre nature, mais vous n'empêcherez pas que l'écoulement stercoral ne provoque des phlegmons septiques, une dénutrition excessive et ne nécessite des opérations ultérieures pour supprimer l'orifice anormal.

Ces améliorations de la technique, je les cherche comme M. Verneuil; je les ai signalées dans mon mémoire et, sur plusieurs points, nous sommes du même avis; toujours est-il que, malgré ces modifications, l'opération comportera toujours une forte mortalité par le fait de l'infection généralisée, antérieure à l'action chirurgicale,

et par le fait de l'écoulement stercoral qui provoque les accidents que vous savez.

J'aurais donc dû modifier ma conclusion et écrire : « Il est impossible de songer à diminuer *notablement* la mortalité de l'anus contre nature par une technique plus parfaite. »

Je suis tout à fait de l'avis de M. Verneuil quand il recommande d'éviter les manipulations, les inoculations du péritoine, et quand il conseille le débridement de dehors en dedans empiétant largement sur l'abdomen.

M. Verneuil ne pratique pas la résection de l'anse malade, il la laisse dans la plaie et se contente, à l'exemple des vieux chirurgiens, de la fixer avec un simple fil passé dans le mésentère. Rien n'est plus simple, en vérité, ni plus rapide ; cependant je n'appliquerais pas cette méthode indistinctement.

Lorsqu'il existe de la gangrène herniaire sans phlegmon stercoral, je crois qu'il est très important de réséquer l'anse malade, afin de ne pas laisser un foyer septique au voisinage du péritoine.

Quand il s'agit d'un phlegmon stercoral, il s'agit souvent d'inciser l'anse sans même débrider pour obtenir un écoulement facile des matières.

En pareil cas, je crois que le large débridement et le fil mésentérique peuvent être laissés de côté comme inutiles et dangereux, en exposant à l'inoculation du péritoine.

Mais il arrive aussi que, même avec un phlegmon stercoral, la simple incision de l'anse ne suffise pas pour que les matières s'écoulent librement. Il faut alors débrider de dehors en dedans, mais ne pas faire la résection, pour ne pas rompre les adhérences protectrices constantes en pareil cas ; c'est alors que le fil mésentérique trouvera son indication.

Passant à l'examen des inconvénients de la suture, M. Verneuil, comme MM. Segond, Terrier, Kirmisson et Championnière, reproche à la suture d'être trop longue. Il importerait cependant de s'entendre sur cette longueur et ses inconvénients.

Je laisse pour l'instant de côté l'opération de Murphy sur laquelle je reviendrai plus tard, mais j'affirme que, même avec la suture circulaire avec ou sans fente, l'opération ne dure pas plus d'une demi-heure entre les mains d'un chirurgien exercé. Par elle-même, la durée d'une opération n'a pas d'importance ; ce qui importe, ce sont la douleur, l'hémorragie, la gravité du traumatisme, l'anesthésie, qui sont généralement d'autant plus graves que les opérations sont plus longues. Mais une opération longue sans douleur, sans anesthésie ni traumatisme, ni hémorragie, ne saurait avoir plus de gravité qu'un massage ou toute opération de petite chirurgie.

Or, la suture intestinale ne présente aucun de ces inconvénients. On peut commencer l'opération avec le chloroforme et cesser complètement l'anesthésie au moment de pratiquer la suture, qui est absolument indolente, comme le prouve une observation de Boiffin, publiée ici en 1890, comme le prouve l'incision au thermocautère de l'intestin dans l'opération de Maydl-Reclus. On sait aussi que la suture ne comporte ni hémorragie ni traumatisme grave. On ne saurait donc continuer à invoquer contre elle l'argument tiré de la longueur.

M. Verneuil fait à la suture un reproche autrement grave quand il nous affirme qu'elle expose à l'infection du péritoine par le transport des mains et des instruments dans le péritoine. Si ce danger ne pouvait être conjuré, l'opération serait condamnée sans appel ; mais il n'en est pas ainsi, car il est facile d'éviter cette contamination. D'abord l'opération peut et doit être entièrement extrapéritonéale ; à aucun moment on ne doit plonger les doigts dans le ventre ; on se contente d'amener au dehors l'anse à réséquer, et on pratique la résection et la suture sur un lit de compresses antiseptiques.

On peut très bien exécuter toutes ces manœuvres avec les mains et des instruments propres, en prenant, dès le début de l'opération, la précaution de ne pas plonger les doigts dans le sac et en mettant de côté immédiatement tous les instruments souillés.

L'opération ne se fera pas non plus en tissus infectés si l'on a soin de réséquer les deux bouts au-dessus des régions congestionnées ; aussi devra-t-on renoncer à la suture quand la congestion remonte trop haut.

M. Verneuil insiste sur la question d'expérience et d'outillage. Il est évident que l'opération de la suture doit être réservée aux chirurgiens de profession. Elle n'est cependant pas aussi laborieuse qu'on le dit, et rien ne le prouve mieux que les succès de M. Martinet, de Sainte-Foy-la-Grande, et de M. le Grix, dont l'expérience chirurgicale n'est pas, à beaucoup près, aussi considérable que la vôtre.

Quant à l'outillage, il est bon de se servir d'une fine aiguille de Reverdin coudée à gauche ou de petites aiguilles à chas fendu ; mais, à la rigueur, j'opérerais très bien avec une simple aiguille de couturière et du fil ordinaire préalablement bouilli. Si l'on n'a pas de compresseurs spéciaux, on fera avec de simples drains et une pince hémostatique une coprostase très convenable.

Je voudrais maintenant, à l'aide de statistiques intégrales, vous prouver que la suture, au lieu d'aggraver le pronostic, l'améliore considérablement.

Prenons d'abord les statistiques intégrales d'auteurs qui ont traité tous leurs cas sans exception par l'anus contre nature.

Riedel et Poulsen ont fait 43 anus contre nature avec 33 morts, soit 76 0/0 de mortalité. Lockwood, réunissant 35 cas de hernies gangrenées traitées à Saint-Bartholomew's hospital, accuse 31 morts (88 0/0). On peut donc dire que lorsqu'on traite toutes les hernies gangrenées par l'anus contre nature, on a une mortalité qui varie de 76 à 88 0/0.

Examinons maintenant les résultats des auteurs qui font tantôt l'anus contre nature et tantôt la suture ; faisons un total comprenant à la fois tous leurs anus contre nature et toutes leurs sutures, et voyons si la mortalité générale est supérieure, égale ou inférieure à 76 0/0.

Czerny, Hahn, Kocher, Hagedorn et Mikulicz ont donné leurs statistiques intégrales, comprenant toutes les hernies gangrenées qu'ils ont traitées.

En réunissant tous ces cas, nous trouvons un total de 118 hernies gangrenées avec 70 morts (64 0/0). Remarquons que cet abaissement de la mortalité est dû non pas à une série heureuse des anus contre nature, mais aux sutures, grâce à leur forte proportion de succès.

Ces 118 cas se décomposent, en effet, de la façon suivante : 51 anus avec 39 morts (76 0/0), et 67 sutures avec 31 morts (46 0/0).

Donc, de par les statistiques intégrales de plusieurs chirurgiens, on peut affirmer que la suture non seulement n'aggrave pas la mortalité des hernies gangrenées, mais encore la diminue très notablement.

A chances égales de mortalité, qui de vous ne préférerait la suture immédiate à l'infirmité dégoûtante de l'anus contre nature, *a fortiori*, si la suture est plus bénigne que l'anus artificiel ?

Je conclus qu'il serait avantageux de traiter presque tous les malades par la suture, à la condition qu'elle fût correctement exécutée. J'ai dit presque tous les cas, car il existe quelques contre-indications à la suture.

Les malades qui présentent une température inférieure à 35°, n'étant pas justiciables de l'anus contre nature, d'après M. Verneuil, ne devront pas, à plus forte raison, être traités par la suture. Il en est de même de ceux qui n'ont plus de pouls ou qui présentent une congestion pulmonaire très grave. Comme notre collègue Bouilly l'a formulé dans son intéressant mémoire de 1883, la suture est aussi contre-indiquée quand il existe une péritonite généralisée ou une sorte de phlegmon gangreneux se prolongeant très loin sur l'épiploon, le mésentère et les deux bouts de l'intestin.

J'ajouterai que la congestion généralisée de l'intestin m'a tou-

jours paru un signe des plus graves, et que chez tous les malades où je l'ai observée, la mort est survenue constamment en quelques heures.

Cette congestion contre-indique également la suture. La gangrène du gros intestin ne comporte pas non plus la suture, à cause de la difficulté de faire une résection suffisamment étendue ; en outre, les deux bouts étant sessiles, la suture devrait se faire dans le ventre, ce qui serait très difficile et très défectueux.

Enfin l'inexpérience de l'opérateur constitue une raison absolue de s'abstenir, car il faut admettre comme un axiome que la suture doit être correcte et rapide ou ne pas être.

Je n'ai pas parlé dans mon rapport de la suture intermédiaire (méthode de Boyer), remise en honneur par Kœnig et Riedel. Cette méthode consiste à faire d'abord l'anus contre nature ; on exécute ensuite la suture le lendemain ou le surlendemain. Barette l'avait rejetée dans sa thèse comme trop dangereuse, et de fait, Riedel et Kocher, sur six observations, n'ont eu qu'une guérison et cinq morts.

On peut faire à cette méthode les reproches suivants : elle présente les principaux inconvénients de l'anus contre nature (phlegmon stercoral et dénutrition). Pour ce qui est de la suture consécutive, elle se fait sur deux bouts enflammés, friables, à parois rigides, dans un foyer très septique, sur un malade encore plus affaibli que la veille à cause du phlegmon, de l'inanition et des deux opérations surajoutées. Cette méthode mixte réunit donc les inconvénients des deux autres sans présenter aucun avantage spécial qui lui soit propre.

Dans une prochaine communication, j'aurai l'honneur de vous exposer la technique de l'opération de Murphy et celle d'une opération nouvelle aussi rapide que celle de Murphy et ne nécessitant pas un appareil spécial.

M. Verneuil. Nous commençons presque à nous entendre. M. Chaput admet à la résection intestinale beaucoup de contre-indications. Il se rapproche un peu par là de ma manière de voir. Il reconnaît que la technique de l'anus contre nature est susceptible de quelques progrès. C'est aussi mon avis. Je reste ferme dans mon sentiment que la résection intestinale, suivie de suture, est une opération horriblement grave, tandis que, dès à présent, l'établissement d'un anus contre nature est tout à fait bénin. Une preuve en passant : M. Ozenne a fait trois anus avec trois succès. M. Segond, qui peut passer pour opérer suffisamment bien, a eu quatre morts sur quatre résections intestinales. Est-ce que ces résultats ne sont pas frappants ? Je voudrais donc que l'on revînt

franchement aux opérations en deux temps, établissement d'un anus artificiel et cure ultérieure de cet anus, à moins que l'on n'arrive à distinguer, comme on le fera probablement, deux ordres de cas : ceux qui comportent la résection immédiate et ceux qui demandent l'établissement préalable de l'anus contre nature.

M. Segond. Comme l'a fait entendre M. Verneuil, il semble qu'un certain rapprochement se soit fait entre M. Chaput et nous. Le point de jonction de nos opinions, c'est la question des indications et des contre-indications dans les hernies gangrenées. Mais si nous envisageons les mêmes faits, savoir les hernies gangrenées graves chez des malades gravement atteints, une distance énorme nous sépare encore. Dans ce cas particulier, les chiffres me sont indifférents. Je ne puis que répéter ceci : il n'y a pas de mortalité de l'anus contre nature; les malades qui succombent meurent du fait de leur hernie et non de leur anus. Je fais appel à vos souvenirs : est-ce que les opérés que vous avez connus ont jamais eu rien de grave du fait de leur anus?

Enfin, je ne puis sans protester entendre dire par M. Chaput que la durée de l'opération dans la résection n'a pas d'importance. Énoncez la chose comme vous voudrez, vous ne ferez pas que cette proposition ne contienne une erreur grave en tant qu'elle s'applique à une opération abdominale quelconque.

Rapports.

1° Sur une observation de *cholécystentérostomie*, déposée par M. Ricard.

Rapport par M. Michaux.

Messieurs, je suis chargé de vous rendre compte d'une intéressante observation qui vous a été lue il y a quelques mois par notre collègue M. Ricard. En deux mots, il s'agit d'un cas de lithiase biliaire traitée par la cholécystentérotomie avec un succès immédiat satisfaisant, bientôt suivi d'accidents graves qui ont emporté la malade cinquante-trois jours environ après l'opération.

Voici d'abord l'observation telle qu'elle nous a été adressée par M. Ricard :

Une dame S..., de 49 ans environ, vint me consulter en juin 1893, pour des douleurs sourdes et presque constantes qu'elle ressentait dans le côté droit. De temps en temps seulement, les douleurs devenaient plus aiguës. Les fonctions digestives étaient excellentes. La santé gé-

nérale paraissait parfaite. Mais la palpation de l'hypochondre droit faisait découvrir un foie volumineux et une vésicule biliaire régulièrement distendue. Sa base accessible avait le volume d'une mandarine. La palpation de cette vésicule déterminait de légères douleurs.

Il y a une dizaine d'années, la malade avait eu une crise de coliques hépatiques avec ictère léger. Depuis, elle n'avait jamais rien ressenti du côté du foie. Je prescrivis un traitement médical et priai la malade de revenir à nouveau se soumettre à mon examen. Je ne revis cette malade que trois mois et demi après, à la fin d'octobre.

A ce moment, l'état général était devenu mauvais, l'appétit avait à peu près complètement disparu. Le lait était la seule alimentation relativement tolérée. Il y avait de fréquentes nausées, les vomissements étaient rares, mais la malade était amaigrie, de teint cachectique, avec une coloration légèrement jaune de conjonctives. La distension vésiculaire était devenue considérable, la base de la vésicule, beaucoup plus grosse que le poing, était douloureuse à la pression. Le foie était volumineux et dépassait les fausses côtes de trois travers de doigt.

Je décidai la malade à accepter une intervention, qui fut reculée à une dizaine de jours plus tard, après les fêtes de la Toussaint. Pendant ce temps, l'état général s'aggrava rapidement, l'amaigrissement fit des progrès notables, l'inappétence devint absolue. Il y avait eu quelques frissons. La température, le soir, dépassait 38°. Mais ce qui frappait le plus c'était la teinte ictérique verdâtre, très foncée, des téguments. Les matières fécales étaient décolorées. L'obstruction biliaire était évidemment complète.

L'opération eut lieu le 4 novembre. Après anesthésie, je pratiquai sur le bord externe du muscle grand droit, une incision verticale qui correspondait à la partie la plus saillante de la tumeur. J'arrivai facilement sur le foie et son réservoir biliaire. Le foie était volumineux, grenu, parsemé de plaques blanches de périhépatite. Ces plaques se retrouvaient sur la vésicule, enfoncée au milieu d'adhérences molles et présentant une coloration violacée. La vésicule avait une consistance irrégulièrement ferme, non fluctuante.

Une ponction pratiquée à l'aide d'un trocart fin donna issue à un peu de mucosité filante tenant en suspension du pigment noirâtre. La pointe du trocart était manifestement libre dans une large cavité. J'incisai alors sur le point ponctionné, et il en sortit une quantité considérable de petits calculs biliaires, en suspension dans une petite quantité de mucus. Ces calculs, du volume d'un petit grain de chénevis, étaient tous polyédriques. On peut évaluer la quantité qui fut évacuée à un litre et demi environ. Soit plusieurs milliers de calculs. Parmi eux, une douzaine de calculs plus volumineux, gros comme une noisette environ. La toilette de la cavité fut faite avec soin. L'exploration du canal cystique et du canal cholédoque ne nous montra rien d'anormal.

Une anse d'intestin grêle, prise au voisinage de la vésicule, fut attirée, suturée et incisée. La suture fut des plus pénibles. La constriction, même modérée, des fils déchirait le tissu, enflammé et épaissi, de la vésicule, et malgré toute l'attention et tous les soins désirables, il fut

impossible de pratiquer une suture régulièrement méthodique. Je dus placer les fils là où ils tenaient, à longue distance parfois de l'incision vésiculaire. Je doublai la ligne de suture d'une cravate d'épiploon et je pus faire ainsi une occlusion non pas idéale, mais que l'avenir nous démontra avoir été hermétique.

Les suites opératoires furent des plus simples, ni fièvre, ni douleur. La température n'atteignit jamais 38°. Le sommeil revint spontanément, les selles furent légèrement colorées. Et, huit jours après l'opération, il semblait que la teinte ictérique fut moins foncée. On put croire un moment que le succès thérapeutique allait suivre le succès opératoire. Cette amélioration ne dura, malheureusement, que trois semaines environ. Dès le commencement de décembre, les symptômes revinrent dans leur état premier. L'inappétence redevint absolue, l'insomnie complète, les matières restèrent décolorées ; la teinte des téguments s'accentua. La malade s'affaiblit de plus en plus et succomba vers la fin de décembre 1893, cinquante-trois jours après l'opération.

Dans les deux ou trois derniers jours, il se manifesta une fièvre intense, la température atteignit 40°, la malade eut d'abondants vomissements de sang et présenta de larges ecchymoses sous-cutanées.

Cette observation se résume dans les principaux faits suivants :

Malade âgée de 49 ans ; — une seule crise hépatique il y a une dizaine d'années ; — en juin 1893, bon état général ; — foie volumineux ; — phénomènes locaux de réplétion vésiculaire ; — traitement médical.

Quatre mois après, la malade revient dans un état grave, très amaigrie, avec une teinte subictérique des conjonctives, frissons ; — température au-dessus de 38° ; ictère intense dix jours plus tard.

M. Ricard propose une intervention qui est acceptée par la malade.

Il pratique la cholécystentérostomie ; — le résultat immédiat est des plus satisfaisants.

Mais au bout d'un mois l'amélioration cesse, l'amaigrissement revient avec des températures élevées ; 40° le soir ; vomissements de sang, larges ecchymoses sous-cutanées ; en somme, les signes d'un ictère infectieux malin auquel la malade succombe cinquante-trois jours après l'opération.

Le résultat opératoire de cette cholécystentérostomie a donc été des plus satisfaisants, et nous ne pouvons qu'en féliciter M. Ricard ; pour ce qui est du résultat définitif, on est en droit de se demander si les phénomènes terminaux sont imputables à l'insuffisance de la cellule hépatique, à l'altération du foie, ou s'il n'y a pas eu des phénomènes infectieux consécutifs à la cholécystentérostomie.

L'observation de M. Ricard est muette sur ce point, mais nous

ne saurions lui en faire un reproche, car les notions que nous possédons sur les suites éloignées de la cholécystentérostomie sont encore bien imparfaites, et en clientèle les constatations plus complètes sont absolument rares.

Je viens moi-même d'opérer, il y a huit jours, une malade qui présente avec celle de M. Ricard de nombreux points de contact, et je vous demande la permission de rapprocher son observation de celle que je viens de vous rapporter :

Une dame L..., âgée de 64 ans, nous est envoyée dans le service de M. Labbé, à l'hôpital Beaujon, par notre collègue, M. le Dr Fernet, avec tous les signes d'une oblitération complète du canal cholédoque. Sans aucun antécédent morbide pouvant se rattacher au foie, ni alcoolisme, ni paludisme, ni syphilis, ni maladie infectieuse quelconque, cette femme a été prise, il y a six mois, d'un ictère, assez intense au bout de trois jours pour permettre d'affirmer l'oblitération du cholédoque. L'affection a débuté par des troubles digestifs, de la pesanteur dans le côté droit, en même temps les matières se décoloraient ; au bout de quinze jours, le malade aurait présenté un véritable accès franc de coliques hépatiques. Depuis cette époque, malgré tous les traitements médicaux, l'ictère n'a pas changé ; il est des plus intenses, tirant presque sur le vert, le pouls est lent (56 pulsations) ; les urines sont noires, verdâtres, les matières absolument décolorées ; il y a des démangeaisons. La perte d'appétit est complète, et l'amaigrissement très marqué depuis le début de la maladie.

Au palper, que facilite singulièrement une énorme éventration, on trouve un foie considérable, descendant sur la ligne médiane jusqu'au niveau de l'ombilic, et sur le côté jusqu'au voisinage de l'épine iliaque antérieure et supérieure et de la crête iliaque. Le foie est plus consistant que normalement, sans être dur comme dans la cirrhose hypertrophique ; son bord est mousse, facile à délimiter. Sa sensibilité est normale.

Au-dessous du foie, on voit et on sent encore mieux une énorme saillie plus grosse qu'une tête de fœtus à terme, cette saillie a tous les caractères de la vésicule biliaire, remplie de liquide.

Nous diagnostiquons donc une hypertrophie du foie par stase biliaire, due à l'oblitération du canal cholédoque. La dilatation de la vésicule nous fait songer à un cancer du pancréas. Mais la proportion de l'urée est presque normale et, d'autre part, on a vu parfois des vésicules dilatées chez des calculeux biliaires purs. Nous voilà donc en présence d'une malade déjà âgée, amaigrie, fatiguée, ictérique depuis six mois ; il y a grand intérêt à savoir ce que vaut sa cellule hépatique.

L'épreuve de la glycosurie alimentaire est faite par M. Pauchet, interne du service ; on administre 120 grammes de sirop de sucre, on examine les urines et, à part de légères traces de sucre, observées pendant la première heure, tous les autres examens démontrent que

tout le reste du sucre est bien arrêté par le foie. La proportion des matières colorantes de la bile est sensiblement normale. Nous concluons donc que la cellule hépatique fonctionne encore d'une manière suffisante.

D'autre part, il n'y a pas de température, pas de frissons, pas de sensibilité ni de douleur hépatique ; l'infection biliaire n'existe donc pas vraisemblablement.

Dans ces conditions, l'opération nous semble indiquée malgré l'affaiblissement marqué de la malade et, le 4 juillet, en présence de MM. L. Labbé et Fernet, je pratique près de la ligne médiane, afin de me trouver plus près du canal cholédoque, une incision sus-ombilicale de 12 centimètres environ. En raison de l'énorme éventration existante, nous apercevons de suite le foie descendant très bas et l'énorme vésicule qui descend jusqu'au-dessous du plan horizontal passant par l'ombilic.

Le foie est manifestement altéré, augmenté de volume, c'est un foie de stase biliaire. Il n'y a pas d'adhérences autour de la vésicule. Une première exploration rapide ne m'ayant rien révélé de gros et d'appréciable dans la région du cholédoque, je décide de vider la vésicule et, après l'avoir bien attirée hors du ventre, soigneusement garni de compresses aseptiques et d'éponges, je retire un litre environ de liquide peu coloré, légèrement trouble. La vésicule vidée, on y sent de nombreux calculs; une pince est mise sur l'orifice de ponction et nous renouvelons l'exploration de la région. Cette exploration est des plus plus difficiles en raison de la distension intestinale, habituelle chez la malade, et par une surcharge graisseuse notable des mésentères et épiploons. Pendant près de dix minutes, je scrute avec soin toute la région des voies biliaires du hile du foie à la région duodénale, je ne sens rien dans les canaux hépatique, cystique ; à deux reprises, je crois sentir quelque chose du côté de l'ampoule de Vater, enfin, à travers un intestin distendu, je parviens à saisir, entre le pouce et l'index, une masse correspondant sensiblement à la partie médiane de la colonne vertébrale. Cette petite masse, que je fais sentir à M. Labbé et à M. Pauchet, ne ressemble en rien à un calcul biliaire ; elle a la dimension d'une pièce de 1 franc; elle est épaisse, comme lobulée, et me donne tout à fait l'impression d'une plaque épithéliale développée au niveau de l'ampoule de Vater. Je ne sens absolument rien du côté du cholédoque.

Dans ces conditions, j'abandonne mon idée première qui était de faire plutôt une cholécystostomie, et je me décide à faire la cholécystentérostomie, qui me paraît tout à fait indiquée par cette obstruction de la partie inférieure du cholédoque. J'ouvre donc largement la vésicule; j'en extrais 49 calculs à facettes, du volume d'une petite noisette, j'explore avec soin la vésicule qui me semble complètement vidée et j'abouche l'orifice largement incisé dans une étendue de 3 centimètres environ dans une anse intestinale, qui me paraît aussi voisine que possible du duodenum, que je n'ai d'ailleurs jamais pu voir, car, en avant de lui, l'intestin grêle se déversait dans un cœcum tout à fait

sous-hépatique, dont les replis graisseux couvraient toute la région et gênaient singulièrement les manœuvres.

L'adossement de l'intestin et de la vésicule, je l'opère par deux rangées de sutures séroséreuses à la soie. J'applique des points simples ou doubles sur les angles, puis j'incise l'intestin bien vidé sur une étendue de 2 centimètres environ ; un grand nombre de valvules conniventes nous prouvent que nous sommes bien près du duodenum. Je réunis les deux lèvres muqueuses gauches par une suture soignée, puis je fais sur la lèvre droite une double rangée de sutures séroséreuses de Lembert. En somme, j'ai fait un abouchement large ; la suture est si soignée que je n'hésite pas à nourrir immédiatement la malade. L'incision abdominale est fermée au crin de Florence ; pour plus de précautions, une petite mèche de gaze iodoformée est laissée sous l'anastomose entéro-cystique. L'opération a duré une heure et demie environ.

Les suites sont aussi satisfaisantes que possible. La malade est alimentée dès le premier jour, purgée le second. Ses matières se colorent, l'urine se décolore sensiblement. La plaie est un parfait état. Il n'y a aucun suintement ; la mèche iodoformée est retirée le quatrième jour. Le ventre est absolument souple. La malade va bien au huitième jour ; sa température oscille entre 37 et 38° ; elle ne se nourrit pas autant que je le voudrais.

Après les belles observations de MM. Terrier, Reclus et de plusieurs d'entre vous, ces deux observations me paraissent dignes d'attirer votre attention sur les suites éloignées de cette opération, et je serais heureux si ce rapport devenait l'objet d'une discussion sur ce point. Pour moi, j'ai eu l'occasion de faire quatorze interventions sur les voies biliaires, mais c'est la première fois que je rencontre l'occasion de pratiquer la cholécystentérostomie.

Théoriquement, on doit beaucoup craindre l'infection biliaire avec ces larges anastomoses de la vésicule et de l'intestin, et l'observation de M. Ricard pourrait être ainsi interprétée dans ses phénomènes terminaux : fièvre 40°, frissons, ecchymoses sous-cutanées ; mais ce ne sont là que des faits cliniques, des soupçons de l'esprit ; il serait intéressant de les voir corroborer par d'autres faits semblables et par des constatations anatomiques avec examens histologiques et bactériologiques complets.

Je ne m'attarderai pas davantage à la discussion de ce point particulier, et je vous demande la permission d'élargir un peu ce débat et de profiter de cette occasion pour soulever les intéressants problèmes des lésions concomitantes ou consécutives de la lithiase biliaire. Notre collègue Ricard m'en fournit d'ailleurs l'occasion par les deux questions qu'il nous pose à la fin de son observation :

Comment est-il possible de faire le diagnostic de la lithiase biliaire intrahépatique ?

Ce diagnostic fait, convient-il d'intervenir chirurgicalement ?

L'étude des indications et des contre-indications de l'intervention chirurgicale dans la lithiase biliaire est intéressée au plus haut point à la solution de ces deux problèmes que je transformerai ainsi :

1° De la lithiase biliaire intrahépatique et des lésions du foie dans les lithiases anciennes ;

2° Faut-il intervenir dans ces cas ? Quand faut-il intervenir et à quelle opération faut-il recourir ?

1° De la lithiase biliaire intrahépatique et des lésions du foie observées dans les lithiases anciennes.

Tout le monde parle de lithiase hépatique ; je me demande si beaucoup l'ont vue. J'ai feuilleté la plupart des traités modernes et même anciens relatifs à la lithiase étendue aux voies biliaires intrahépatiques, je n'y ai guère trouvé de faits.

Sur ma demande, M. Pauchet, interne du service, a bien voulu parcourir attentivement tous les bulletins de la Société anatomique depuis sa fondation en 1826 jusqu'à nos jours.

Il y a relevé tout au plus huit cas de lithiase intrahépatique. Ce sont les faits d'Aubry, 1843 (2 cas) ; de Barth, 1851 ; de Culot, 1870 ; de Bruchet, 1878 ; de Legry, 1889 ; de Dupré et de Thiroloix, 1891. Dans toutes ces observations, il y avait presque toujours un gros calcul obstruant le canal cholédoque.

Je pense donc qu'il ne faut pas exagérer l'importance de la lithiase hépathique, je ne connais pas d'exemple où elle ait été observée primitivement ; je crois qu'elle est toujours secondaire à la lithiase des voies biliaires extrahépatiques et vraisemblablement à une lithiase ancienne, et j'en conclus que si les malades sont opérés à temps, on n'observera plus de lithiase hépatique.

Mais cette lésion n'est pas la seule conséquence de la lithiase biliaire des voies extrahépatiques ; la présence d'un ou de plusieurs calculs dans ces voies peut retentir d'une façon non moins grave et non moins importante à connaître sur le parenchyme hépatique.

Je veux parler des désordres produits par les lithiases anciennes infectées ou non, cirrhose calculeuse, dégénérescence hépatique, insuffisance de la cellule hépatique, infection du foie, angiocholite, abcès biliaires.

Les travaux récents de MM. Gilbert, Girode, Netter, la thèse de Dupré nous ont montré le rôle de l'infection dans la production de ces lésions secondaires. Je crois que l'attention des chirurgiens doit être appelée sur ces accidents, qu'ils doivent apprendre à les reconnaître, et il me semble que maintenant plus que jamais, toute

intervention devra être précédée d'un examen attentif du malade; accidents fébriles, signes d'insuffisance hépathique, examen soigné des urines, dosage de l'urée, recherche des modifications des pigments biliaires, épreuve de la glycosurie alimentaire sont autant de points qui doivent être relevés avec un soin minutieux et une attention scrupuleuse.

2° *Et maintenant, faut-il intervenir dans ces cas? Quand faut-il intervenir? A quelle opération faut-il recourir?*

La question est ici plus controversée; il faut des faits nombreux pour en donner la solution. Je serai donc bref dans la discussion, ayant plutôt pour but de poser la question que de la résoudre.

Il n'est pas douteux qu'un certain nombre de morts, à la suite d'interventions chirurgicales dans les lithiases biliaires anciennes, sont imputables à des lésions trop avancées du foie; on les trouve rangées sous des rubriques différentes : cholémie, insuffisance hépatique.

Il faudrait donc renoncer à l'intervention dans les cas où la lithiase a produit des désordres graves du côté du foie; mais ces désordres ne sont pas toujours faciles à diagnostiquer, d'autre part les malades sont perdus à plus ou moins brève échéance; on est donc en droit de tenter un dernier effort. Mais il faut connaître les dangers, en prévenir le malade ou son entourage.

Du reste, il y a infection et infection; la limite entre l'infection curable et celle qui ne l'est plus n'est pas facile à préciser, et le beau succès obtenu par M. Terrier dans un cas de cirrhose hypertrophique doit nous laisser espérer qu'une soupape ouverte par la cholécystostomie donnera dans quelques cas de bons résultats.

La réponse est plus facile à cette question : quand faut-il intervenir?

Que voyons-nous, en effet, nous, chirurgiens, qui sommes appelés à faire des interventions chirurgicales pour lithiases biliaires? Tantôt, et c'est heureusement le cas le plus fréquent, les malades bénéficient très rapidement et très complètement de leur intervention; tantôt, au contraire, même avec des opérations très bien faites et entre des mains très expérimentées, on voit les malades succomber avec l'étiquette *infection* ou *insuffisance hépatique*.

N'est-ce pas quelque chose d'analogue qui est arrivé à notre collègue Ricard dans l'observation que je lisais tout à l'heure? Les malades qui guérissent, ce sont ceux qui ont été opérés de bonne heure avant que la dilatation et l'infection biliaire aient eu le temps de se produire..

Ceux qui meurent, ce sont ceux qui ont été opérés tardivement.

Deux fois on a amené dans le service de M. Labbé des malades ictériques soignées depuis longtemps et qu'on destinait à l'intervention chirurgicale. En trois ou quatre jours, ces malades succombaient avant que nous ayions eu le temps de les opérer, et je trouvais à l'autopsie, dans un cas un des plus beaux foies biliaires que j'aie observés, et dans l'autre un des plus beaux types d'abcès angiocholitiques qu'on puisse voir. M. Lebec a publié dernièrement dans la *Clinique française* un fait tout à fait confirmatif de cette manière de voir, à l'appui de laquelle je pourrais citer des cas nombreux.

Tous ces malades n'auraient certainement pas résisté à l'intervention chirurgicale, et l'autopsie nous a démontré que la mort était alors le fait de lésions trop graves pour qu'une intervention chirurgicale puisse y porter remède. Des faits de ce genre ne prouvent donc rien contre l'efficacité de la chirurgie ; ils démontrent seulement qu'il faut y recourir en temps opportun. Dès qu'un ou une malade présente depuis un certain temps des signes de lithiase qui vont en s'accentuant au lieu de s'éloigner et de décroître, dès que les crises hépatiques vont se multipliant, malgré un traitement médical bien fait, il faut intervenir. Avec des signes locaux de distension, d'inflammation et de douleur du côté de la vésicule, l'intervention chirurgicale est appelée plus tôt encore. C'est dans ces conditions que j'ai pratiqué au moins huit des dix cholécystectomies que j'ai faites, et ces huit cas m'ont donné les meilleurs résultats non seulement immédiats, mais éloignés.

Je crois, en d'autres termes, que pour la lithiase biliaire, comme pour beaucoup d'autres opérations, l'intervention chirurgicale donnera des résultats d'autant meilleurs qu'elle aura été faite plus tôt, qu'elle aura été plus précoce, réserve faite que le traitement médical aura été suivi avec assez de persévérance dans les cas où il n'y a pas de signes locaux pour qu'on puisse affirmer qu'il n'a produit aucun résultat sérieux.

Reste la question du mode d'intervention.

Lorsque le canal cholédoque est obstrué, on n'a guère à sa disposition, en dehors des opérations sur le cholédoque, que deux opérations, la cholécystostomie ou la cholécyslentérostomie.

Il ne peut être question de la cholécystectomie, qui ne dégage en rien le foie ; je me demande si la cholécystentérostomie n'ouvre pas une nouvelle porte à l'infection du foie par les microbes venus de l'intestin, et pour ma part j'aurais grande tendance à faire dans des cas de ce genre la cholécystostomie, qui permet à la bile d'être déversée au dehors en fournissant au foie une décharge biliaire dont l'action doit être des plus heureuses. Je me demande si cette opération n'aurait pas donné un meilleur résultat à notre collègue

M. Ricard. Enfin j'y vois un autre avantage, celui de réduire dans une notable proportion les manœuvres, la durée et partant les dangers résultant de l'intervention chirurgicale.

2° *Sur un cas d'antéversion et d'antéflexion du rein,* par M. Walther, chirurgien des hôpitaux.

Rapport par M. Paul Segond.

M. Walther nous a lu dernièrement une note sur un cas d'antéflexion et d'antéversion du rein, digne de toute votre attention. Voici le fait :

La malade est une grande femme rousse de 28 à 30 ans, relieuse de son état, multipare et depuis longtemps affligée de tous les troubles dyspeptiques et nerveux qui sont le partage habituel des entéroptosées. C'est en août 1889 qu'elle vint pour la première fois réclamer les secours de la chirurgie. A cette époque mon maître, le professeur Trélat, lui fit d'abord un curettage nécessité par une endométrite invétérée et peu après, le 18 septembre, je lui pratiquai la néphrorraphie du rein droit. Dans ce cas particulier, les indications de la suture du rein n'étaient point douteuses, la mobilité de l'organe était très grande et le symptôme douleur avait une excessive intensité. Aussi bien le résultat de mon intervention fut-il très satisfaisant. L'opération avait été conduite suivant les règles habituelles, ses suites s'étaient montrées aussi bénignes que possible et le résultat thérapeutique fut d'abord parfait. La douleur rénale disparut complètement, le rein paraissait immobilisé dans sa loge et cette guérison réelle se maintint sans accroc, avec reprise de l'activité et très notable atténuation de tous les troubles dyspeptiques et nerveux jusqu'en février 1891. C'est à cette date qu'une chute assez violente vint tout remettre en cause et voici comment M. Walther raconte cette nouvelle phase de la maladie.

Au mois de février 1891, dit-il, la malade fait un faux pas, tombe sur le côté gauche et ressent une vive douleur dans la région rénale droite. Cette douleur se dissipe assez rapidement; mais à partir de ce moment elle se reproduit assez souvent : chaque fois que la malade se baisse, qu'elle penche le tronc en avant ou de côté, elle est arrêtée par la douleur parfois très violente qu'elle localise nettement au rein droit : « il semblerait, dit-elle, qu'on lui tord le rein ». La crise douloureuse, produite par le mouvement de flexion du tronc, dure quelques instants puis s'efface en laissant après elle une sensation pénible d'engourdissement plus ou moins prolongée.

Ces crises ne s'accompagnent d'aucune modification dans l'émission des urines qui sont d'ailleurs normales et ne sont aucunement modifiées dans leur fréquence et leur intensité par le port d'une ceinture avec pelote. Aussi les troubles dyspeptiques et nerveux reprennent-ils une

acuité nouvelle et sur le conseil de M. Walther, la malade se confie aux soins du professeur Potain. La note suivante remise par M. Vaquez, chef de clinique du service, résume l'état à ce moment.

« Les troubles, dit-il, consistent dans une perte presque complète d'appétit, avec sensation de plénitude à l'estomac pendant les digestions et renvois acides. La malade est très habituellement constipée et présente des symptômes de colite chronique muco-membraneuse. Les troubles cardiaques consistent en des palpitations violentes, constantes, s'exagérant d'ailleurs après les repas et à l'occasion des efforts et des émotions. Le caractère a changé, depuis l'apparition des premiers accidents; la malade est devenue impressionnable à l'excès, insupportable pour ceux qui l'entourent.

« A l'examen, on est frappé de son amaigrissement, du caractère brillant de ses yeux et aussi des battements violents qui soulèvent la région précordiale et qui se retrouvent sur les gros vaisseaux de la base du cou, au voisinage du corps thyroïde. Le rythme cardiaque est accéléré et atteint près de 120 pulsations à la minute, mais on n'entend aucun bruit anormal. La crosse aortique est manifestement dilatée, elle donne une zône de matité exagérée; la sous-clavière droite est surélevée. Il semble que cette dilatation se retrouve sur les grosses artères, tant les carotides et les humérales offrent de volume sous le doigt; cette dilatation paraît en rapport avec une diminution de la résistance des parois car la pression artérielle est très notablement abaissée (10 à 12 centimètres).

« Ces symptômes, joints à un tremblement généralisé à petites oscillations rapides nous font penser, malgré l'absence d'hypertrophie thyroïdienne et de protusion du globe de l'œil à une affection Basedowienne fruste.

« Traitement : douches, électricité ».

Au commencement de 1892, les douleurs augmentant encore et M. Walther supposant que les accidents nerveux et les troubles cardio-vasculaires à peine modifiés par le traitement pouvaient résulter, pour une grande part, des crises néphralgiques, m'adressa de nouveau la malade. Je la fis entrer à la clinique Baudelocque pour l'examiner sous le chloroforme et l'opérer si besoin. Là je n'eus pas la perspicacité dont M. Walther devait faire preuve un peu plus tard. Ne constatant même pendant l'anesthésie ni déplacement, ni mobilité anormale du rein, je renonçai à faire une néphropexie et, par compensation, passez-moi le mot, je profitai du séjour de la malade à l'hôpital pour lui réparer une ancienne déchirure du périnée.

Quelques mois plus tard, les souffrances rénales devenant de plus en plus vives, M. Walther consentit enfin à tenter l'intervention que j'avais eu le tort de croire inutile, et voici comment il légitime sa conduite : « A ce moment, dit-il, l'état général est exactement le même que celui décrit par M. Vaquez, l'amaigrissement a peut-être encore augmenté ainsi que le nervosisme. »

L'exploration de l'abdomen révèle d'abord l'existence d'une distension d'un amincissement considérable de la paroi antérieure, d'une véritable

éventration dans le flanc droit et un peu dans la portion adjacente de la paroi ombilicale. Lorsque la malade fait un effort, il se produit une tumeur du volume du poing au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Cette éventration est douloureuse. Dans les grands efforts la tumeur se tend et devient le siège d'une très pénible sensation que la malade compare à une crampe; mais elle distingue très bien cette douleur pariétale de la douleur rénale qui se produit plus rarement, dans les mouvements de flexion du tronc seulement, et qui est bien plus intense.

L'exploration de la région rénale est remarquablement facile, en raison de la laxité exceptionnelle de la paroi et de la maigreur extrême de la malade. Or il est impossible de sentir le rein dans la région lombaire au niveau de l'angle costo-vertébral et là les deux mains, placées l'une en avant l'autre en arrière, se rencontrent à travers ces parois flasques. On ne sent pas davantage le rein se déplacer vers l'ombilic ou vers la fosse iliaque. On le trouve au-dessus de cette fosse iliaque à la partie inférieure de la région lombaire, un peu mobile; on peut le faire basculer, mais non le déplacer en masse, quelle que soit la position que prenne la malade.

Opération, le 1er septembre 1892. — Chloroformisation. Asepsie absolue. Longue incision un peu oblique en bas et en dehors, s'éloignant par conséquent en bas de la cicatrice verticale de l'ancienne incision. Section des couches musculaires et fibreuses confondues dans un épais tissu de cicatrice.

Dégagement assez difficile du bord postérieur du rein; à ce moment, pendant la libération du rein, il se produit une petite déchirure du péritoine sur une longueur d'un centimètre environ; cette déchirure est immédiatement suturée à la soie fine.

La mise à nu du bord postérieur du rein montre :

1° que l'extrémité inférieure de ce bord postérieur est solidement fixée à la paroi postérieure de l'abdomen par un gros tractus fibreux très court, large d'un centimètre environ, haut d'un centimètre et demi;

2° que l'extrémité supérieure du rein est fortement coudée en avant; le rein est replié sur lui-même à angle droit et il est très difficile de prendre et de ramener à sa position normale cette extrémité supérieure.

Il y a à la fois bascule du rein tout entier autour de la cicatrice fibreuse inférieure comme centre et de plus, coudure brusque au milieu de l'organe, véritable *antéversion* avec *antéflexion*.

Le rein étant fixé par un aide, j'avive par décortication de la capsule la partie supérieure du bord postérieur sur une hauteur de 3 à 4 centimètres et je place les sutures :

A. Deux sutures maintiennent la partie supérieure de l'avivement contre la douzième côte en passant dans le périoste (soie de Czerny n° 2).

B. Deux autres sutures analogues unissent la partie inférieure de l'avivement aux plans fibreux de la paroi.

C. Deux dernières sutures au niveau de la partie moyenne de l'avivement.

En somme six sutures (trois de chaque côté, passant dans la capsul

jusqu'aux bords de la surface décortiquée) maintiennent le bord postérieur du rein contre la paroi lombaire.

D. Sutures de l'enveloppe celluleuse du rein et des plans fibreux.

E. Sutures de la peau au crin de Florence. Un drain est placé à l'angle inférieur de la ligne de suture pour éviter la formation d'un hématome. Pansement iodoformé.

Le surlendemain, 3 septembre, je fais un pansement pour enlever le drain. La réunion est parfaite. Le 10 septembre, 2e pansement. Les sutures sont enlevées; réunion complète.

La malade quitte l'hôpital le 12 septembre, onze jours pleins après l'opération, mais je lui recommande de garder le repos absolu au lit jusqu'à la fin du mois.

Depuis le jour de l'opération, il n'y avait pas eu la moindre douleur rénale.

Le 20 novembre, près de trois mois après l'opération, la malade alla voir à la Charité M. le Dr Vaquez qui eut encore l'obligeance de me donner cette note :

Comme aspect général, la malade a peu changé; cependant l'amaigrissement semble moins marqué, le visage est plus calme, les yeux ne présentent plus la même saillie ni la même fixité; on ne constate pas non plus les mêmes battements des artères.

Le caractère de la malade est resté aussi irritable, l'appétit fait encore défaut, mais les phénomènes de dilatation et de parésie gastrocolique sont moins marqués.

Le tremblement a complètement disparu. Le pouls reste à 108-110 la pression artérielle s'est un peu relevée, elle atteint 13 centimètres. En même temps les phénomènes dus à la dilatation artérielle se sont presque absolument effacés; nous avons dit que l'on ne constatait plus les battements exagérés des artères, de même les palpitations se sont atténuées. On ne constate plus de traces de la dilatation aortique ni de surélévation de la sous-clavière. Le tracé du cœur est normal. Nous conseillons de continuer la médication par l'hydrothérapie et les courants continus.

M. Walther a revu la malade pour la dernière fois le 31 janvier 1893, cinq mois après l'opération.

L'état général s'est encore amélioré. Il n'y a presque plus de palpitations; l'appétit revient un peu, mais irrégulièrement. La malade a un peu engraissé. Elle souffre toujours par instants de son éventration que la ceinture ne parvient pas à bien maintenir. Mais la douleur rénale n'a jamais reparu.

A l'exploration, on sent très facilement le rein maintenu sur toute sa hauteur contre la paroi abdominale postérieure jusqu'à l'angle costo-vertébral et solidement immobilisé dans sa position.

Pour résumer en quelques mots cette longue observation, on peut la diviser en deux périodes bien distinctes.

1° Rein mobile douloureux. Néphropexie (18 septembre 1889). Guérison, disparition complète de la douleur rénale pendant dix-sept mois.

2° Chute, au mois de février 1891. Douleur immédiate revenant par crises de plus en plus intenses qui finissent par motiver une nouvelle intervention.

Le 1er septembre 1892, opération au cours de laquelle on trouve non pas un déplacement véritable du rein, mais une bascule en avant de l'organe solidement maintenu à son extrémité inférieure par une épaisse cicatrice fibreuse. De plus, *antéflexion* très accusée. Fixation de l'extrémité supérieure du rein à la douzième côte et aux plans fibreux de la paroi.

Depuis l'opération, disparition de la douleur rénale et des troubles nerveux cardio-vasculaires qui s'étaient développés depuis l'apparition des crises douloureuses.

L'observation communiquée par M. Walther présente, vous le voyez, un indiscutable intérêt. Elle a d'abord le mérite d'être exceptionnelle et peut-être unique. Je ne connais pour ma part, aucun exemple d'antéflexion du rein, et, dans les travaux les plus récents consacrés à l'étude de la néphropexie, il n'est pas fait mention d'une semblable déformation. Le mécanisme de la flexion est à son tour digne d'attention.

Suivant la remarque de M. Walther, pour que le rein puisse se couder à angle droit, il faut évidemment un concours de circonstances particulières et la possibilité de la coudure après néphropexie n'est admissible que si le rein, solidement amarré par sa moitié inférieure, se trouve, dans sa partie supérieure, libre de toute adhérence. Il bascule alors tout entier en avant, et, peu à peu sans doute, se couche au niveau du hile. L'antéversion en effet peut se faire brusquement, mais l'antéflexion ne saurait s'établir que progressivement. Dans l'observation de M. Walther, il est vraisemblable que les choses se sont ainsi passées. Au moment de la chute, le rein a été brusquement projeté en avant et comme il était très solidement fixé par son extrémité inférieure pendant que son autre extrémité n'était retenue que par de faibles adhérences, les conditions d'une antéversion avec antéflexion consécutive se trouvaient ainsi très bien réalisées.

Ce n'est pas seulement au point de vue spécial de l'antéflexion rénale et de son mécanisme que l'observation de M. Walther mérite d'être retenue; cliniquement parlant, elle est en effet un spécimen fort curieux des variétés symptomatiques singulières qu'on peut observer chez les déséquilibrés du ventre. Elle prouverait donc

une fois de plus que la néphroptose n'est qu'un épiphénomène de l'entéroptose et que l'entéroptose comme la néphroptose ne sont que les expressions localisées d'une affection générale. C'est là du reste une vérité maintenant bien établie et dont on doit toujours s'inspirer sous peine d'infliger aux malades de cette catégorie des opérations parfaitement inutiles. Aussi bien que les médecins, nous savons que les ressources de la thérapeutique sont ici considérables et que chez nombre de néphroptosées, toutes plus ou moins nerveuses, dyspeptiques et neurasthéniques un traitement médical approprié, le massage et la ceinture donnent souvent des résultats merveilleux. Aussi voyons-nous des chirurgiens comme J. Israël [1], très versés dans la chirurgie rénale, ne trouver en dix ans que quatre cas justiciables de la néphropexie. Ma pratique a plus d'une analogie avec la précédente car depuis le même laps de temps j'ai vu bien des reins flottants et six fois seulement j'ai cru nécessaire de les fixer. Mais, cette concession étant faite, et je crois difficile de la faire plus complète, je me sens en vérité fort à l'aise pour critiquer les revendications trop exclusives de la thérapeutique médicale.

Si l'on en croyait par exemple M. Glénard [2], la néphropexie n'aurait pour ainsi dire plus jamais raison d'être, car d'après lui « la prétendue maladie du rein mobile n'est pas causée par la mobilité du rein. Si le rein provoque par lui-même des symptômes c'est qu'il est en même temps malade et ces symptômes diffèrent alors de ceux attribués jusqu'ici à sa mobilité ». Or l'exagération est ici manifeste et la malade de M. Walther suffirait à le démontrer. Peu d'observations prouvent en effet plus nettement, qu'au milieu des troubles si variés dont souffrent les néphroptosées, le symptôme douleur par mobilité anormale du rein peut avoir une suprématie non douteuse; puis par lui-même, au plus haut chef, résister obstinément à la thérapeutique médicale la mieux dirigée et nécessiter une intervention directe dont les résultats thérapeutiques ne sont pas un instant contestables.

En terminant, je vous propose d'adresser des remerciements à M. Walther, de déposer son travail dans nos Archives et de réserver à notre collègue un bon rang sur la liste des candidats au titre de membre titulaire de notre Société.

[1] James Israel, Erfahrungen über Nierenchirurgie, *Arch. f. klin. Chir.*, 1894, Bd XLVII, p. 302.

[2] Glénard, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, séance du 22 décembre 1893.

Communication.

Fracture du crâne. Trépanation. Ligature de la méningée moyenne. Guérison.

Par le Dr J. FONTAN (de Toulon).

Messieurs, je vous demande la permission de vous communiquer un fait de trépanation avec ligature de la méningée moyenne, en accompagnant cette observation de quelques réflexions chirurgicales.

Il s'agit d'un homme de 28 ans, le matelot Le Fay, que je traitais en juin 1893 pour une vaste fracture du pariétal et de la base du crâne, compliquée d'hémorragie.

OBSERVATION. — Le 16 juin, à 1 h. 30 m. de l'après-midi, Le Fay étant en service commandé, embarquait sur un canot un canon-revolver au moyen d'un palan fixé à un porte-manteau; ce dernier s'étant brisé est venu tomber sur la tête du malade. Immédiatement hémorragie abondante provenant d'une plaie du cuir chevelu, hémorragie nasale et peut-être, un peu d'écoulement par l'oreille gauche, pas de miction, ni de défécation involontaires, vomissement de matières alimentaires mélangées de sang. Pansé de suite par les moyens du bord, cet homme est apporté à 4 h. 30 m. à l'hôpital.

A ce moment on constate les symptômes suivants :

Le sujet est profondément abattu bien que le pouls soit bon et que la respiration s'opère normalement. Il accuse de violentes douleurs de tête; on ne remarque pas d'ecchymoses palpébrales, les pupilles sont égales, pas de trouble du côté des membres. On découvre à la région pariétale droite une vaste plaie contuse de 12 à 14 centimètres de long légèrement oblique d'avant en arrière et de dedans en dehors. Son extrémité antérieure atteint à peu près la suture fronto-pariétale: sa partie moyenne est à 4 centimètres environ de la ligne médiane, les bords en sont très déchiquetés et du côté interne décollés sur une étendue de 4 à 5 centimètres. Tous les tissus sont sectionnés jusqu'au périoste qui est mis à nu sur une assez grande surface. Hémorragie abondante provenant des parties molles, mais aussi et surtout de la profondeur de la plaie. L'exploration digitale révèle un enfoncement du crâne et tout à fait à la partie postérieure de la plaie une déchirure du périoste à travers laquelle on voit sourdre le sang.

En présence de ces phénomènes : fracture avec enfoncement du pariétal et hémorragie profonde et abondante quoique il n'y ait aucun signe ni de contusion, ni de compression cérébrale, on anesthésie le malade avec du chloroforme et on fait un large débridement du périoste, on se trouve alors en présence d'une fente osseuse plus longue que la plaie extérieure, avec éclats multiples se dirigeant dans divers

sens. Le crâne est enfoncé en plusieurs points et on voit sortir le sang à travers les fissures osseuses. Devant le double danger de l'hémorragie et de la compression qui peut en résulter, la trépanation immédiate est décidée ; elle est pratiquée trois heures après la blessure.

Une première couronne de trépan est appliquée à la partie moyenne de la fracture ; un flot de sang s'échappe par la brèche faite, il s'écoule en jets saccadés ne laissant aucun doute sur son origine artérielle ; mais il est impossible de voir le vaisseau lésé, qui est situé trop en avant. On enlève quelques caillots qui faisaient déjà de la compression, car la dure-mère est refoulée en dedans et s'éloigne des parois de la boîte crânienne de 2 centimètres environ. Nouvelle couronne de trépan à la partie antérieure de la première ; on aperçoit plusieurs branches de la méningée moyenne serpentant sur la dure-mère et qui donnent en abondance par plusieurs petites déchirures. Mais ces vaisseaux restant tendus dans la dure-mère, il est impossible de les saisir. Je passe alors une aiguille très courte, sous le tronc méningé principal, et forme un simple point de suture, la soie phéniquée enserrant fermement l'artère. Je maîtrise ainsi l'hémorragie, énorme à ce moment-là. Cependant un autre écoulement sanguin se produisant sous le bord interne de la plaie osseuse, on applique en ce point une troisième couronne de trépan. Cette nouvelle brèche permet de lier, par le même procédé sutural, le segment périphérique d'une grosse branche qui fournissait une hémorragie de retour. L'hémorragie s'arrête alors. On suture la partie antérieure de la plaie et on laisse libres les deux tiers postérieurs des lambeaux qui sont trop déchiquetés pour laisser espérer une réunion immédiate. La partie béante permettra, d'ailleurs, de surveiller le fond de la plaie. On bourre le tout, même la cavité crânienne (mais très mollement) de gaze iodoformée et on fait un bandage mollement compressif. État général bon. Dix minutes après l'opération le malade a eu un vomissement composé presque uniquement de sang noirâtre.

Un suintement sanguin n'a cessé de se produire par les narines ; le nez n'offre cependant aucune lésion.

17 juin. La nuit a été bonne. L'état général est satisfaisant, pas de trouble de la miction. L'écoulement nasal continue. — Le soir, le suintement qui se produit par le nez est beaucoup plus abondant lorsque le malade se couche sur un côté. Il contient moins de sang, mais se compose presque uniquement d'un liquide un peu filant et citrin.

Apparition depuis hier soir d'une ecchymose palpébrale tardive qui, insignifiante d'abord, augmente insensiblement. T. matin 38°,3, soir 38°,7.

18 juin. État général excellent. Peu de douleurs. La plaie est dans un très bon état, pas une goutte de pus. Même pansement. T. matin 38°, soir 38°,5.

19 juin. T. matin 37°8, soir 38°. (Lavement : séné 15 gr., sulf. sodique 15 gr.).

20 juin. Nouveau pansement. Très bon état de la plaie. L'écoulement nasal qui avait cessé dans la journée d'hier a recommencé hier soir.

L'analyse chimique de ce liquide révèle une grande quantité de chlorure de sodium sans albumine. T. matin 38°,4, soir 37°,7.

21 juin. T. matin 38°,4, soir 37°,6.

22 juin. Vers 8 h. 30 m., après la visite du matin, le malade a été pris soudain d'une violente céphalalgie siégeant dans la région frontale. Pas de vomissement ni de nausées, pas de frisson. T. prise à 9 heures 38°,7. (Administration d'antypyrine 1 gr.), midi 38°.6, 1 heure 39°,1, 2 heures 39°2, 3 heures 39°,4, 4 heures 39°,4.

En présence du mouvement fébrile observé, on repanse le malade. Bon état de la plaie. Petite collection purulente formée sur la bosse frontale droite sous la peau, à 3 centimètres en avant de la plaie. Incision. Lavage et drainage.

Drainage de la plaie crânienne, 3 drains sont passés entre le crâne et la dure-mère quoique il n'y ait point de pus dans cette cavité. Lavages bichlorurés. Pansement humide.

23 juin. Température très élevée depuis hier matin. Malaise général. Soif ardente. Pouls à 88 pulsations, fort irrégulier. Céphalalgie intense. Irrigation de la plaie. T. 5 heures matin 40°,7, 6 heures 39°4, 7 heures 39°5, 2 heures soir 40°,5, 3 heures 40°,3, 4 heures, 39°,8. (Sulfate de quinine 1 gr. en quatre doses. Lavement séné et sulf. sodique.)

24 juin. Même état. Un peu de pus et fausses membranes épaisses sur la dure-mère. Afin de chercher l'explication de cette fièvre, et craignant la formation d'un abcès sous la dure-mère, j'y pratique prudemment une ponction aspiratrice avec une seringue de Pravaz. Aucun liquide. Mais j'ai la sensation d'un grand épaississement de la dure-mère. T. matin 39°, soir 39°,4. (Sulf. de quinine 0gr,75 en 3 doses.)

25 juin. T. matin 39°,4, soir 38°,7. (Sulf. de quinine 0gr,75 en 3 doses.)

26 juin. Amélioration très sensible, moins de douleurs. La fièvre est tombée ; on continue néamoins les irrigations au Van Swieten. Plus d'écoulement nasal. T. matin 37°,4, soir 38°.

27 juin. Un peu de suppuration provenant des parties profondes de la plaie. Lavages bichlorurés. Plus de fièvre. État général excellent. T. matin 37°,7, soir 38°,1.

28 juin. T. matin 36°,2, soir 37°.

2 juillet. Le malade n'a pas été à la selle depuis cinq jours. Douleurs vives dans le ventre. Tension de la paroi, douleurs à la pression. T. matin 37°,2, soir 37°,4. (Huile de ricin, 25 gr. Lavement séné et sulf. sodique.)

3 juillet. Après l'administration d'un lavement au séné et au sulfate de soude, le malade a eu deux selles dans la journée d'hier et les douleurs de ventre ont complètement disparu. Le malade a très bien dormi cette nuit et se sent bien. La suppuration étant très diminuée, on enlève les deux drains postérieurs de la plaie. T. matin 36°,7, soir 37°,1.

4 juillet. T. matin 36°,7, soir 37°.

6 juillet. Presque plus de suppuration. Les deux fils de soie ayant servi à la ligature de l'artère ayant la tendance à disparaître à mesure que la plaie se comble, on y ajoute un nouveau fil solidement lié pour

éviter les accidents d'un abcès consécutif à l'emprisonnement des premiers.

12 juillet. État local parfait; la suppuration est presque complètement tarie. Le pansement maintenu deux jours, n'est pas souillé. État général excellent; le malade dort très bien, se lève tous les jours pendant environ cinq à six heures.

19 juillet. Le dernier drain est enlevé. La perte de substance se comble avec assez de rapidité.

24 juillet. Le malade se plaint d'un rhume de cerveau qui lui donnerait un peu de céphalalgie.

25 juillet. On enlève le dernier drain. L'état parfait de la plaie continue.

31 juillet. Les fils de soie sont tombés aujourd'hui dans le pansement. Un rebord osseux dénudé à la partie postérieure de la plaie tend à s'éliminer. Il existe également en avant un décollement qui semble indiquer qu'au niveau de la première couronne de trépan appliquée, une collerette osseuse doit aussi être éliminée dans un temps plus ou moins éloigné.

4 août. Céphalèces fréquentes. (Antipyrine, 1 gr. en 2 doses.)

15 août. (Antipyrine 1 gr. en 2 doses.)

1er septembre. La plaie est entièrement fermée par une cicatrice solide, et non douloureuse, sauf en un point postérieur où une fistulette conduit sur une petite plaque osseuse nécrosée. Il ne s'est jamais éliminé d'esquille. État général excellent.

1er octobre. Toujours un peu de suppuration. Le stylet conduit sui une esquille non encore mobile.

1er novembre. Même état. La petite esquille n'a pu encore être mobilisée et extraite.

Revu trois mois plus tard, la blessure est entièrement cicatrisée. Il n'y a pas eu d'élimination d'esquille.

Réflexions. — Cette observation est remarquable à plus d'un point de vue : 1° la guérison d'un énorme traumatisme crânien, comprenant fracture de la voûte et de la base, est déjà un fait intéressant;

2° Les complications fébriles qui se sont développées du sixième au neuvième jour sont aussi très singulières. Il n'y eut aucune formation de pus, mais une grande production de pseudo-membranes, avec des températures exagérées, mais sans retentissement sur l'encéphale;

3° Mais le point le plus intéressant est l'absence constante de tout symptôme cérébral soit au début soit à une période quelconque des suites. Cette absence de phénomènes encéphaliques (compression, inflammation, suppuration) me paraît tout autant que l'arrêt de l'hémorragie, donner raison à la pratique que j'ai suivie.

Dans ces fractures du pariétal, avec hémorragie de la méningée moyenne qui ont souvent occupé les chirurgiens, il y a en effet

plusieurs périls : *l'hémorragie* qui se limite souvent d'elle-même quand la solution de continuité du crâne est trop étroite pour laisser s'échapper le flot liquide. Celui-ci se coagule alors à l'intérieur de la boite crânienne, refoule la dure-mère contre l'encéphale, et forme contre le pariétal une masse réniforme limitée en haut par les adhérences de la ligne médiane et en bas, par celles du rocher, et les divers points de pénétration fibro-vasculaires de la portion écailleuse du temporal. Le péril de l'hémorragie se change donc en un autre, celui de la compression. Celui-ci est réel malgré une argumentation célèbre, et suffit à décider à l'intervention bon nombre de chirurgiens quelque peu hostiles au trépan préventif.

Mais le danger de l'hémorragie ne disparaît pas toujours aussi facilement, car si le sang trouve une issue au dehors la disposition des vaisseaux méningés ne leur permet pas de s'oblitérer d'eux-mêmes. Fendus suivant leur longueur, et maintenus béants par la tension de la dure-mère dans le feuillet externe de laquelle ils sont inclus, ils ne peuvent ni se rétracter, ni se contracter. Rien ne peut donc oblitérer une artère méningée blessée, si ce n'est le caillot compressif formé autour d'elle.

Il résulte de ces circonstances que le chirurgien aggraverait le péril hémorragique, s'il agrandissait l'ouverture osseuse et favorisait l'issue des caillots, sans obturer directement les vaisseaux blessés, et comme la ligature de la méningée est regardée comme une manœuvre d'une grande difficulté, bon nombre d'excellents esprits blâment la trépanation dans les cas du genre de celui qui nous occupe, parce que selon eux pour obvier à une compression imminente, on ira rendre plus périlleuse une perte sanguine prête à s'arrêter. Le blessé serait donc condamné à succomber d'hémorragie ou de compression cérébrale. Il est bien évident que ce dilemme deviendrait sans valeur si nous possédions un moyen sûr de lier l'artère méningée au-dessous du point blessé.

Je n'ai pas la prétention de passer en revue tous les moyens proposés pour arrêter ces hémorragies. On peut se rendre compte, en lisant les auteurs classiques de médecine opératoire, d'anatomie chirurgicale, etc., qu'ici encore l'abondance des procédés compliqués et incertains, démontre la pénurie des méthodes efficaces.

Je dirai simplement en quelques mots que je repousse toutes les manœuvres de compression. Celle-ci est mauvaise si elle est énergique, et inefficace si elle est modérée. En tout cas malgré quelques succès c'est un moyen infidèle.

Les ligatures à distance ne sont pas sûres à cause des anastomoses et ajoutent des opérations très laborieures à un traumatisme déjà redoutable. Je ne recommençerai plus aujourd'hui la ligature

de la carotide externe que je fis il y a quinze ans chez un blessé qui avait une hémorragie de la méningée moyenne par suite d'un coup de hache sur la tête. L'écoulement sanguin fut pourtant arrêté par ce moyen.

Quant à la ligature du bout coupé, ou des deux bouts, elle est très difficile à moins de détacher l'artère de la dure-mère par une double incision longitudinale. C'est là une manœuvre aussi incertaine qu'imprudente. L'application d'une serre fine, d'une pince à forci pressure, etc., peut réussir, mais est souvent difficile à réaliser.

Le procédé que j'ai employé consiste à passer un fil à l'aide d'une aiguille à très petite courbure sous l'artère, au-dessous du point blessé, en ne comprenant dans ce point de suture que la plus petite étendue possible de dure-mère. Une petite aiguille d'Hagedorn, et une soie fine remplissent bien ce but. Je n'ai vu ce procédé signalé dans aucun livre classique, mais je me hâte d'ajouter que je ne l'ai pas imaginé. Une pièce anatomique qui figure au musée de l'Ecole de médecine de Toulon, et qui représente une méningée ainsi liée par Arlaud il y a 35 ans, avait souvent attiré mon attention. J'ai appris depuis qu'un ancien chirurgien de la marine, Dufour, avait opéré de la même façon et avec un plein succès un blessé portant une énorme fracture du pariétal. On lira cette observation qui ressemble fort à la mienne dans les « Souvenirs de quinze années de clinique chirurgicale » publiés par Dufour (*Arch. méd. nav.*, 1864, p. 356).

Tel, est suivant moi, le meilleur moyen d'arrêter l'hémorragie méningée. Puisque nous possédons dans ce point de suture formant ligature un procédé à la fois facile et sûr d'arrêter l'écoulement du sang, la trépanation s'impose toutes les fois que l'enfoncement et les félures établissent l'existence d'une hémorragie et l'imminence de la compression. J'espère que l'observation que je viens de rapporter contribuera à affermir la pratique de la trépanation, et à en éclairer les indications dans les traumatismes récents de la boîte crânienne.

Lecture.

Une observation de péritonite par perforation consécutive à un traumatisme ancien,

Par M. Julien.

Sera l'objet d'un rapport.

Présentation de malades.

1° *Malade atteint d'un cancer du rectum inopérable et amélioré par le curettage,*

Par M. Quénu.

Les malades atteints d'épithéliomas du rectum inopérables peuvent être très soulagés par l'opération que je viens préconiser. Ces malades ne souffrent pas seulement des modifications du calibre de l'intestin; les hémorragies incessantes, l'écoulement muco-purulent, la résorption continuelle de produits putrides provenant des surfaces ulcérées, toutes ces conséquences du cancer rectal, les épuisent, leur enlèvent l'appétit et les forces.

L'anus contre nature n'obvie que d'une façon incomplète à ces inconvénients, les lavages du rectum sont insuffisants; j'ai pensé qu'on pouvait compléter les résultats bienfaisants de l'anus iliaque, en y ajoutant un nettoyage du rectum avec la curette, en faisant l'asepsie du rectum directement, comme on fait celle de l'utérus devenu épithéliomateux.

L'observation que j'apporte est très encourageante en ce sens.

M..., âgé de 37 ans, boulanger, a vu survenir des hémorragies par l'anus, il y a cinq ans; ces pertes étaient peut-être dues à des hémorroïdes; il y a un an, elles se sont rapprochées, s'accompagnant d'un écoulement glaireux et de difficultés à aller à la garde-robe.

Quelques semaines avant l'entrée à l'hôpital Cochin, les hémorragies sont incessantes et ont amené la pâleur extrême des téguments, la décoloration des muqueuses et l'émaciation du malade.

Dans les premiers jours de juin, l'appétit était nul, M... avait même un dégoût insurmontable pour toute espèce d'aliments.

Le toucher rectal faisait percevoir, à 5 ou 6 centimètres de l'anus, une masse dure encombrant l'intestin, faisant corps avec ses parois et ne permettant l'engagement que de l'extrémité de l'index. Il était ainsi impossible de savoir d'avance si une opération radicale était réalisable, les limites supérieures du mal restant hors de notre atteinte.

Dans ces conditions, je pratiquai, le 8 juin dernier, un anus contre nature dans la fosse iliaque gauche. Ensuite, je plaçai l'opéré dans la position de la taille et appliquai une valve de Sims, après section de la commissure postérieure de l'anus, y compris les sphincters, et me mis en devoir de faire le nettoyage des surfaces malades.

Je constatai que des surfaces qui saignaient tant au moindre contact devenaient rapidement exsangues dès qu'on les avait débarrassées de leurs fongosités par quelques coups de curette; la lumière du rétrécissement rectal s'agrandit du même coup et me permit d'atteindre, avec l'instrument, la limite supérieure de l'ulcération; débarrassé des parties

détachables, le rectum admettait le doigt tout entier et je pus m'assurer que toute tentative d'extirpation complète était déraisonnable. Les surfaces curettées furent touchées avec une solution de chlorure de zinc au dixième, et le rectum bourré de gaze faiblement salolée.

Les suites opératoires furent apyrétiques et des plus simples; du reste, l'opération avait été relativement courte et peu sanglante.

Dès le troisième jour après l'intervention, le malade commença à s'alimenter; on lui fit des lavages dans le rectum, après avoir retiré la gaze intra-rectale qui fut remplacée par une simple mèche de gaze iodoformée.

A partir du sixième jour, il commence à absorber en vingt-quatre heures : un litre et demi de lait, deux potages, une aile de poulet ou toute autre viande. Son poids, le 8 juin, était de 130 livres, il est aujourd'hui, 11 juillet, de 136 livres [1]; vous pouvez constater que son teint, sans être très coloré, n'est déjà plus celui d'un cachectique, il ne souffre pas, se lève et passe ses journées au jardin; l'écoulement rectal est très modéré et consiste en un liquide séreux, à peine rosé; il n'y a pas eu la moindre hémorragie depuis le 8 juin. Le toucher n'est pas douloureux, le doigt arrive sur une surface indurée, mais lisse, non fongueuse; il ne détermine aucun saignement.

Mes collègues peuvent s'assurer que le diagnostic n'est malheureusement pas douteux et qu'il s'agit bien d'un carcinome rectal.

Le bénéfice de l'état actuel revient certes en partie au détournement du cours des matières, mais ce dernier seul ne donne pas des résultats palliatifs aussi rapides et aussi complets.

Cette pratique me semble donc devoir être conseillée, elle ne saurait passer pour être plus dangereuse pour le rectum que pour l'utérus, la curette ne mord que sur des portions de cancer ramollies, elle permettra plutôt de retarder les perforations du péritoine, résultat des inflammations septiques.

Le curettage du rectum cancéreux peut et doit encore trouver ses indications ailleurs que dans les cas de cancer inopérable. On sait de quelle importance est la préparation du terrain opératoire; on a tenté, pour le rectum, d'obtenir une asepsie relative au moyen des lavages et au moyen de préparations naphtolées prises à l'intérieur.

Ces moyens sont incontestablement illusoires. Aussi, quelque précaution que l'on prenne au cours de l'opération, n'est-il pas rare d'observer une désunion des sutures, et spécialement l'envahissement de la plaie par une sorte de pulpe d'un gris verdâtre, indice d'un sphacèle superficiel. Seul le curettage, suivi de lavages et de pansements antiseptiques intra rectaux, peut assurer un degré d'asepsie préparatoire suffisant; il nous parait donc recom-

[1] 139 livres le 17 (jour de la rédaction de cette note).

mandable comme premier temps de l'extirpation du rectum cancéreux.

Discussion.

M. Bouilly. J'ai pratiqué, il y a trois ans, un curettage semblable chez une femme inopérable et j'en ai été très satisfait. La malade, qui perdait beaucoup de sang et allait très difficilement à la selle, est partie extrêmement améliorée. Je pense que c'est une opération à recommander.

2° *Cicatrice douloureuse d'un doigt, douleurs persistantes et irradiées depuis quinze mois. Compression énergique. Guérison.*

Par M. Delorme.

Je vous ai présenté l'année dernière un malade qui, depuis vingt-deux ans, souffrait d'une cicatrice chéloïdienne du cou consécutive à un coup de feu. Les douleurs étaient non seulement localisées à la région atteinte, mais irradiées à distance; elles étaient continues et vives. Grâce à une compression énergique elles ont disparu, et depuis deux ans, mon malade est resté guéri.

Celui que je vous présente affirme, lui aussi, la valeur de ce mode de traitement.

Il y a 18 mois un fusil, en éclatant, abrasa la dernière phalange de son pouce gauche. La plaie guérit après une suppuration de quelque durée.

Depuis quinze mois, cet homme souffrait de son pouce d'une façon continue. Les douleurs vives, d'abord localisées à la partie terminale du pouce s'étaient irradiées au médian sur son trajet antibrachial, brachial et même sus-claviculaire. Sept mois après l'accident, l'hypéresthésie du doigt était telle que le moindre frôlement de ce doigt était très pénible; la peau du pouce épaissie, d'un rouge vineux, était assez épaisse pour que ses plis de flexion fussent presque effacés et pour que les mouvements du pouce fussent gênés. Sueurs abondantes.

En raison du caractère d'acuité, de la persistance et de l'étendue des douleurs, j'aurais pu être entraîné, chez ce malade, à pratiquer la névrotomie du médian si je n'avais eu la confiance que j'ai dans les heureux résultats de la compression.

Il y a deux mois, compression des points douloureux de l'extrémité du doigt avec les pouces, aussi énergique que possible; disparition presque complète des douleurs; quatre jours après, nouvelle compression, cessation complète des douleurs du moignon et des douleurs irradiées. On peut, actuellement, comme vous pouvez le constater, frapper le pouce contre un corps dur, une table par exemple, sans que le malade en ressente la moindre impression pénible; les troubles trophiques ont disparu, la peau est normale, et les articulations sont redevenues spontanément mobiles.

3° *Suture de la rotule, fracture itérative.*

Par M. Delorme.

Chez mon second malade j'ai pratiqué, huit jours après son accident, une suture de la rotule pour une fracture transversalede cet os, à la réunion de ses deux tiers supérieurs et de son tiers inférieur. Après m'être adressé d'abord au procédé compliqué de Cecci, j'en revins au mode de suture ordinaire et je réunis les fragments par deux fils de $0^{mm},7$ environ. Le onzième jour, la plaie étant solidement réunie, je fléchis le genou à angle droit; le treizième j'arrivai progressivement au maximum de flexion, mais en l'atteignant je rompis les fils, et les fragments s'écartèrent d'un demi-centimètre.

Comme chez cet opéré, pusillanime, qui n'avait consenti qu'avec difficulté à une première intervention, je ne pouvais songer à une seconde, j'immobilisai le genou dans un appareil ouate, compressif, en rapprochant les fragments par des tampons en forme de fer à cheval. Après un mois d'immobilisation, la consolidation a été obtenue par un cal osseux. Actuellement, 78 jours après l'accident, le genou est complètement et activement mobile, le diamètre du membre n'est diminué que de deux centimètres; le malade marche deux heures par jour au pas ordinaire et il n'éprouve qu'un peu de gêne pour monter et descendre les escaliers. La rotule est élargie de 1 centimètre et augmentée de longueur de 1 centimètre et demi environ.

De ce fait ressort l'utilité d'employer, pour cette suture, des fils très forts et de ne pas rétablir trop tôt les mouvements de flexion complète de l'articulation.

Discussion.

M. Championnière. Le précepte de M. Delorme est depuis longtemps connu. J'ai dit qu'il était inutile et dangereux de vouloir obtenir trop tôt des mouvements. C'est l'avis que Lister, dès les débuts de la méthode, avait émis lui-même.

J'ajouterai qu'il ne faut point masser les malades, et je constate à chaque instant, avec chagrin, que l'on ne tient aucun compte de cette recommandation à l'asile de Vincennes.

Le malade de M. Delorme marche bien. Il s'est tiré heureusement d'un mauvais pas; mais qui peut dire qu'un accident semblable n'aurait pas une fois ou l'autre quelque grave inconvénient. Pour les fils à employer, je ne puis que répéter ceci : il faut les prendre toujours très gros.

4° Présentation par M. Routier d'un malade opéré par M. Moulonguet d'un *carcinome rectal avec conservation de l'anus.* (M. Routier, rapporteur.)

Présentation de pièces.

1° *Tumeur du rein; hématonéphrose avec hématurie intermittente par tumeur épithéliale du bassinet*, par M. Tuffier.

1° *Elimination par la gorge d'une balle de revolver ayant traversé l'oreille et le rocher.*

Par M. Quénu.

Cette balle, déformée et incrustée de petits fragments d'os en un point, a été spontanément rejetée par le malade trois semaines après sa pénétration par le conduit auditif externe (tentative de suicide). Le malade me fut amené avec une suppuration abondante de l'oreille moyenne, de la fièvre, de la céphalalgie et une paralysie faciale droite complète, quinze jours après qu'il s'était tiré deux balles dans la tête (l'une avait fait séton et n'avait pas pénétré dans le crâne). Le malade se plaignait de la gorge; le voile du palais était en effet tuméfié et le doigt passé au-dessous de lui pouvait sentir une certaine induration. Quatre ou cinq jours après, la balle fut rejetée dans une expectoration. Des lavages au sublimé très fréquents avaient eu raison de la fièvre et de la suppuration, le malade sortit guéri mais conservant toujours sa paralysie faciale et l'impossibilité d'occlure complètement l'ouverture palpébrale. Cette terminaison des plaies, par armes à feu, du rocher m'a paru exceptionnelle et par suite digne d'être mentionnée.

M. Delorme dit, qu'à sa connaissance, il n'existe aucun fait semblable.

La Société se réunit en comité secret pour entendre le rapport sur les candidatures à une place de membre titulaire.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le Secrétaire annuel,
Peyrot.

Séance du 18 juillet 1894.

Présidence de M. J.-L. CHAMPIONNIÈRE.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Les journaux et publications périodiques de la semaine.

A propos de la communication de M. Michaux sur la cholécystentérostomie et sur la lithiase biliaire.

M. ROUTIER. Si j'ai bien compris la communication de notre collègue Michaud, il semble donner à la cholécystotomie simple, le premier rang parmi les opérations que nous pratiquons sur les voies biliaires pour remédier aux accidents de la lithiase, plaçant cette opération bien au-dessus de la cholécystentérostomie.

Deux faits de ma pratique viennent corroborer cette manière de voir et c'est ce qui m'a fait demander la parole.

En décembre 1892, faisant un remplacement à l'Hôtel-Dieu, je reçus, de la part de notre regretté collègue, le Dr Ed. Labbé, une femme qu'il avait dans son service depuis plus de six mois, et qu'il avait, sans succès, soumis à toutes les médications pour la débarrasser d'un ictère intense verdâtre, lequel avait succédé à plusieurs crises non douteuses de coliques hépatiques.

Cette malade ne se nourrissait plus, elle avait considérablement maigri, souffrait de démangeaisons intolérables, avait des urines noires, colorées par le pigment biliaire, tandis que ses selles étaient absolument décolorées.

Je fis une laparotomie, sur le bord externe du muscle droit ; permettez-moi de dire en passant que M. Labbé et ses élèves croyaient sentir une tumeur biliaire au niveau de la vésicule, tumeur que j'affirmais n'être que la contraction du muscle droit ; mais qu'à ce niveau, cependant, je trouvai, l'abdomen ouvert, comme un lipome de la faux du péritoine.

La vésicule n'était nullement visible, je dus la chercher comme pour

une découverte anatomique. Au lieu et place qu'elle devait occuper, je finis, après avoir détruit beaucoup d'adhérences, par trouver ou deviner ce qui était la vésicule, et qui était constitué par un cordon comme un porte-plume. En suivant dans la profondeur, dans la région du cholédoque, je sentis une tuméfaction dure que je pouvais appliquer contre la colonne vertébrale et qui chemina vers l'intestin, mais s'arrêta là,

J'eus la chance, par des manœuvres inverses, de faire cheminer le calcul, car c'en était un, vers la vésicule, que j'ouvris, et je pus ainsi extraire un calcul biliaire, à facettes, gros comme une noisette avec sa coque.

A cause des facettes, je pensais que ce calcul n'était pas seul. Cependant, je n'en sentais pas d'autres ; il me fut impossible de cathétériser les voies biliaires, et j'avoue que j'avais la crainte de n'avoir pas complètement désobstrué le cholédoque.

Quelques assistants, plus convaincus que moi encore de cette probabilité, m'engageaient à faire la cholécystentérostomie. Mais la malade était très faible, j'avais hâte d'en finir, la vésicule était assez déchirée pour rendre cette anastomose très laborieuse, je me contentai de la laisser ouverte à l'extérieur. Pendant les quinze jours qui suivirent, cette malade perdit de la bile en quantité, les urines étaient tout de même colorées, et les fèces grisâtres.

Mais, au bout de ce temps, le tableau changea, et le mieux alla s'accentuant tous les jours.

Le 26 janvier 1893, elle quittait l'Hôtel-Dieu, encore un peu jaune, mais l'urine était décolorée, les fèces noires, et la nutrition avait parfaitement repris.

A la fin d'avril 1894, cette malade est venue me revoir. Je ne la reconnaissais pas, j'avais quitté un squelette, j'avais devant les yeux une forte commère, au teint coloré, frais, qui se portait à merveille et me remerciait de mon opération.

Il est évident que son canal cholédoque n'était pas perméable de suite après mon opération, qu'il l'est devenu plus tard.

Ma seconde observation, plus récente, est beaucoup plus probante.

En mai 1894, mon collègue et ami, le Dr Rendu, me priait de voir, dans son service, à Necker, une malade très fortement ictérique, dont les premières coliques hépatiques remontaient à trois ans. Chaque crise avait été suivie d'ictère.

Cette fois, l'ictère, très foncé, remontait à deux mois ; les urines étaient fortement colorées et les fèces blanchâtres. La douleur à la pression dans la région de la vésicule était exquise, on ne sentait pas de tumeur.

Le 29 mai, je fis, sur le bord externe du muscle droit, une laparotomie ; le foie se cachait sous les fausses-côtes et le côlon fortement adhérent cachait tout.

Après avoir bien pris mes points de repère, je disséquai ce côlon, et

finis par arriver sur ce qui devait être la vésicule, et ce qui l'était bien en effet ; elle était grosse comme le pouce ; à la palpation, on l'eût crue pleine de boue biliaire.

Je ne pus la mettre à découvert que sur l'espace de 2^{cm},5 à 3 centimètres ; là, les adhérences me parurent tellement intimes que je ne crus pas, prudemment, devoir aller plus loin.

J'ouvris la vésicule et j'en sortis, non de la boue biliaire, mais deux gros calculs à facettes. Il me fut impossible et de cathétériser les voies biliaires et de me rendre un compte exact de l'état du cholédoque, à cause des adhérences nombreuses et intenses qui l'entouraient.

J'avais certes bien l'impression d'avoir fait une opération incomplète, et je pensais à faire une cholécystentérostomie ; mais, d'une part, la vésicule était toute déchiquetée, l'intestin grêle très caché par le côlon, et, enfin, l'opération durait depuis un certain temps, cette malade était très faible et d'une chloroformisation des plus difficiles, car l'inhalation du chloroforme lui provoquait une bronchorrée des plus gênantes.

Je laissai donc la vésicule ouverte au dehors. Elle perdit des quantités de bile environ pendant tout le mois de juin ; ce n'est que le 30 que les matières commencèrent à se colorer ; dès ce moment, l'ictère, qui avait persisté, pâlit très vite, et elle quittait mon service de Necker en parfait état.

Ces deux malades ont donc parfaitement guéri par la simple cholécystotomie, et si je n'ai pas fait la cholécystentérostomie qui paraissait indiquée, c'est que je n'ai pas pu.

Malgré cela, la bile a repris son cours ; je rapprocherai de ces deux malades ce cas singulier que j'ai présenté il y a cinq ans à l'Académie, et où la laparotomie, suivie d'une simple exploration des voies biliaires par la palpation, suffit pour faire disparaître un ictère vert qui durait depuis des mois, et pour suspendre brusquement des vomissements qui duraient aussi depuis longtemps.

M. Terrier. Je n'ai pas pu avoir le texte de l'observation de M. Ricard ; mais je la connais par le résumé des journaux et par une conversation que j'ai eue avec l'auteur. Dans ce cas, on a noté la dilatation de la vésicule coïncidant avec la présence de calculs. C'est une exception de plus à la règle de Courvoisier. En clinique, on rencontre de temps en temps des exceptions aux lois les plus certaines. J'ai communiqué autrefois un exemple de vésicule dilatée prise pour un kyste ovarique ; l'oblitération était due à un calcul. Dans mon service, j'ai encore une femme chez laquelle j'ai ouvert et réséqué en partie une vésicule distendue ; ici encore il y avait des calculs. J'ai remarqué qu'en pareil cas la vésicule est non seulement distendue, mais hypertrophiée dans sa paroi. Cette hypertrophie joue probablement un rôle important au point de vue qui nous occupe.

Le fait de M. Ricard est malheureusement incomplet. La malade, mal remise de son opération, a succombé au bout de deux mois. Or, l'autopsie n'a pu être faite. Peut-être eût-elle révélé un cancer du foie en plus des lésions constatées pendant la vie. Qui peut dire le contraire? En somme, la cause exacte de la mort reste inconnue.

L'observation de M. Michaux, dans laquelle un cancer du pancréas coïncidait avec des calculs, n'est pas tout à fait comparable à celle de M. Ricard.

Les observations de M. Routier prêtent à une réflexion très importante. Vous pratiquez chez un individu atteint d'un ictère intense une opération sur les voies biliaires : cholécystentérostomie, ou cholécystotomie tout simplement. Par la fistule, la bile s'écoule. Prenons le cas où elle s'écoule à l'extérieur. Malgré cette issue visible du liquide biliaire, le malade reste jaune. Il ne change de couleur souvent qu'assez tard, au bout de six semaines, deux mois, lorsque la fistule commençant à se fermer, la bile coule moins abondamment à l'extérieur, et par conséquent se déverse de nouveau dans l'intestin. Ce rétablissement tardif mais spontané de la perméabilité des voies biliaires doit être bien retenu. Il ne faut pas désespérer trop tôt de le voir se produire. On s'abstiendra donc de cathétériser les voies biliaires. Je ne crois pas que cette pratique puisse donner de brillants résultats.

Dans un fait communiqué récemment à l'Académie de médecine, l'opérateur dit que le cathétérisme a d'abord provoqué un saignement notable. Plus tard, on pense avoir débouché le conduit. Est-ce bien sûr?

Chez tous les malades dont nous parlons, les voies biliaires sont infectées et généralement par le colibacille qui, vous le savez, semble même être la cause occasionnelle des calculs. De là une inflammation de la vésicule dont la marche nous échappe le plus souvent et qui aboutit à l'atrophie des voies biliaires, après avoir peut-être, au moins dans certains cas, passé par une phase d'hypertrophie et de dilatation. Cette inflammation des voies biliaires constitue en elle-même un obstacle important, quelquefois c'est le principal, à l'écoulement de la bile. Lorsque la vésicule est ouverte, la désinfection se produit peu à peu, l'inflammation tombe et le cours naturel du liquide biliaire se rétablit. Certains malades atteints de calculs nombreux n'ont jamais d'ictère. C'est que chez eux les voies biliaires ne sont pas notablement enflammées.

M. Michaux s'est demandé si on pouvait diagnostiquer des calculs contenus dans les canaux biliaires, dans l'épaisseur du foie, etc. La science ne me paraît pas faite sur ce point.

Un autre détail en passant. M. Michaux ne cite comme applicables

aux malades dont il parle que la cholécystentérostomie ou la cholécystotomie. Je rappellerai que la cholécystectomie a été faite souvent sans inconvénient, et que la cholédocotomie a aussi sa valeur. Je l'ai pratiquée deux fois, avec un succès parfait pour un cas. Mais ces réflexions sont peu importantes. Je tiens dans cette communication à insister uniquement sur ce que je disais tout à l'heure, à savoir que l'ouverture de la vésicule biliaire détermine souvent une sorte de détente qui favorise l'écoulement ultérieur de la bile par ses voies naturelles.

M. Quénu. Il y a, en effet, des cas dans lesquels on ne fait pas ce qu'on veut. Pour que l'on puisse pratiquer la cholécystotomie et la cholécystentérostomie, il faut qu'il y ait une vésicule biliaire de dimensions suffisantes. Quand elle est absente on n'a plus comme ressource que la cholédocotomie.

C'est dans ces conditions que j'ai pratiqué une fois la cholédocotomie, la vésicule et le canal cystique étant réduits à un renflement insignifiant. Et dans ces cas j'ai observé une complication mortelle utile à signaler.

Après avoir été bien pendant trois jours, la malade fut prise de délire, d'agitation, et elle mourut le lendemain avec des signes de cholémie aiguë. A l'autopsie, on trouve les voies biliaires pleines de sang fourni par la plaie du cholédoque, d'où la cholémie.

M. Michaux a insisté avec raison sur les difficultés du diagnostic de la lithiase biliaire dans ses différents degrés ; on doit se borner souvent à diagnostiquer l'oblitération des voies biliaires sans en préciser la cause. J'ai observé dans mon service une malade, ictérique et souffrant depuis plusieurs mois de crises douloureuses qui ressemblaient tout à fait à des coliques hépatiques. On ne trouvait pas d'augmentation du volume de la vésicule biliaire et j'avais cru pouvoir en conclure à une oblitération par calcul. Je fis une laparotomie exploratrice, je trouvai, en effet, une vésicule très petite ; mais je découvris sur un point du cholédoque, au voisinage du pancréas, une petite induration sur laquelle je prélevai un fragment que l'on reconnut à l'examen pour un carcinome au début.

M. Nélaton. J'ai observé une femme atteinte de rétention biliaire complète, déjà ancienne, qui présentait comme antécédents de fréquentes attaques de colique hépatique. Je pensais que chez elle une oblitération du canal cholédoque s'était produite à la suite de l'enclavement de quelque calcul et j'étais disposé à lui faire la cholécystentérostomie. Je lui ouvris donc la vésicule et je lui retirai peu à peu les calculs qu'elle contenait ; il y en avait 145. L'opération avait été longue, je ne voulus pas fatiguer outre me-

sure mon opérée, je me contentai pour cette fois de fixer à la peau l'ouverture de la vésicule. Or, deux jours après, la malade était guérie. La bile avait cessé de couler à l'extérieur; elle passait tout entière dans l'intestin. La plaie ne fournissait plus qu'un peu de liquide sans caractère biliaire. Il est bien vraisemblable que dans ce cas là, l'obstacle au cours de la bile, consistait dans un gonflement inflammatoire du cholédoque et non dans une véritable obstruction.

Rapport.

Du traitement opératoire des fistules recto-urétrales,
par M. Lejars.

Rapport par M. Th. Anger.

M. Lejars nous a présenté, dans la séance du 16 mai 1894, l'observation d'un garçon de 5 ans qu'il a opéré et guéri d'une fistule recto-urétrale, d'origine congénitale.

Cet enfant serait né avec une imperforation de l'anus ; le lendemain de sa naissance, il fut porté à l'hôpital des Enfants-Malades, où il fut opéré. Il a été impossible d'obtenir d'autres renseignements.

Toujours est-il que, dès le premier âge, l'urine s'écoulait par le rectum, en proportion variable, mais toujours en quantité notable; depuis deux ans, la mère avait remarqué, en outre, que les urines rendues par l'urètre étaient souvent fétides, noirâtres, souillées, et que des matières fécales s'échappaient avec elles; le fait a été constaté par le chirurgien lui-même. Il existait donc bien une communication entre le rectum et l'urètre. Du reste, une bougie introduite dans le canal urétral passait sans difficulté dans le rectum et venait sortir à l'anus; en refoulant avec une valve la commissure postérieure de l'anus, on découvrait, non sans peine, sur la paroi antérieure du rectum, à près de 2 centimètres de hauteur, une fente verticale, masquée par les plis de la muqueuse et occupant le fond d'une sorte d'infunbibulum ; c'était le trajet fistuleux recto-urétral, mesurant au moins un demi-centimètre et occupant la région membraneuse.

Voici à quelle intervention s'arrêta M. Lejars.

Une bougie étant préalablement passée dans la fistule, il fit au devant de l'anus une incision transversale et décolla la paroi antérieure du rectum jusqu'au contact de la bougie qui servait de point de repère. Arrivé là, il sépara les deux orifices fistuleux, urétral et rectal, et procéda à la suture isolée de l'un et de l'autre.

Les bords avivés furent rapprochés par un surjet à la soie fine, qui n'intéressait pas la muqueuse. Pour terminer, des sutures périnéales profondes réunirent les bords latéraux du losange qui résultait de l'in-

cision prérectale. On mit une sonde à demeure et l'on constipa le jeune opéré.

Malheureusement, la sonde à demeure fut mal tolérée et, dès le lendemain, il fallut la retirer. La miction ne s'en faisait pas moins par l'urètre, la réunion périnéale fut complète et l'on avait tout lieu d'espérer un bon résultat quand, au bout d'une dizaine de jours, on s'aperçut que, de nouveau, des matières fécales étaient mélangées à l'urine.

Une tentative complémentaire échoua encore. Enfin, au mois de novembre dernier, M. Lejars pratiqua une dernière opération qui, cette fois, réussit complètement.

Il refit une large incision prérectale, décolla très haut la paroi antérieure du rectum, dépassant de plus de 1 centimètre le bord supérieur des deux orifices fistuleux, les ferma séparément par un surjet de soie fine qu'il eut le soin de faire passer à une certaine distance des bords, pour les replier et adosser des surfaces ; enfin, il laissa béante la plaie périnéale qui fut tamponnée à la gaze iodoformée.

Cette fois, la sonde à demeure fut bien tolérée et resta quatorze jours en place ; la constipation fut maintenue près de trois semaines, pendant lesquelles la plaie bourgeonna très vite. Au bout d'un mois, elle était cicatrisée.

La miction se faisait dès lors exclusivement par l'urètre. M. Lejars a suivi son petit malade depuis sa sortie de l'hôpital et la guérison s'est parfaitement maintenue.

La variété de fistule que M. Lejars a observée est de notion peu courante ; il semble pourtant qu'elle doive se rencontrer souvent à la suite des abouchements congénitaux du rectum dans l'urètre, opérés par le procédé d'Amussat.

On trouve dans la *Gazette médicale* de Nantes de 1883 un fait qui témoigne très nettement de ce qui se passe en pareil cas. Notre confrère M. Vignard est appelé auprès d'un enfant nouveau-né qui rend son méconium par l'urètre ; absence complète d'anus. Il pratique une incision antéro-postérieure au périnée, et, après une dissection laborieuse, il finit par découvrir, à 4 ou 5 centimètres de profondeur, l'ampoule rectale ; il l'ouvre et la fixe à la peau.

L'enfant guérit très bien, mais il continua à rendre par l'urètre des matières fécales et un peu d'urine par l'anus. Cette persistance de la fistule recto-urétrale est notée par König, Thomas, Anders.

Il semble pourtant que ce reste de l'abouchement recto-urétral soit susceptible de disparaître plus tard et de s'oblitérer spontanément : au moins en serait-il ainsi dans un fait que notre collègue M. Duret (de Lille) présentait en 1885 au Congrès français de chirurgie ; là encore, il s'agissait d'un anus imperforé pour lequel on eut recours à l'opération d'Arnussat, et, au cours de l'intervention, un stylet introduit dans l'urètre parut immédiatement dans l'am-

poule rectale ; l'enfant fut opéré le 25 août 1884, et, le 7 avril 1885, M. Duret nous apprend qu'il était bien guéri et qu'il ne rendait pas de matières par l'urètre. Il est, du reste, prudent d'être réservé en pareil cas, et le jeune malade de M. Lejars avait, lui aussi, présenté à plusieurs reprises des périodes de fonctionnement régulier qui auraient pu faire croire à une guérison durable.

Au point de vue opératoire, notre collègue M. Ziembicki (de Lemberg), dans une communication au Congrès de chirurgie de 1889, divise les différents types de fistules recto-urétrales en trois catégories : la première comprend les fistules incurables qui procèdent du cancer ou de la tuberculose ; la seconde correspond aux fistules qui suppurent, aux trajets creusés dans des tissus enflammés et qui succèdent aux diverses variétés d'abcès de la région ; enfin la troisième variété se rapporte aux fistules définitivement établies, alors que le processus du début, une fois éteint, la malformation reste seule et avec ses caractères propres ; les fistules congénitales en sont le meilleur exemple : à ces dernières s'appliquent surtout les procédés de réparation complète et immédiate.

De fait, si je laisse de côté les petits moyens, tels que la dilatation de l'anus, la sonde à demeure, la cautérisation ignée ou galvanique de l'orifice rectal du trajet, qui ne peuvent être efficaces que dans les toutes petites fistulettes, les tentatives opératoires, souvent multipliées, auxquelles se sont livrés les chirurgiens, se rangent naturellement en trois méthodes.

La première est celle de l'incision périnéale : elle consiste à fendre le périnée, à décoller la paroi antérieure du rectum, à sectionner le trajet fistuleux et à laisser bourgeonner la plaie ; de la sorte, les deux orifices séparés, mais non suturés, se cicatrisent isolément, l'ouverture périnéale servant de large voie de dérivation.

Ce procédé porte le nom d'Astley Cooper, et il semble bien qu'il ait été jusqu'ici le plus communément employé. Astley Cooper l'utilisa une fois avec succès, et il en donne la description suivante : « Après avoir placé un cathéter dans la vessie, j'introduisis le doigt dans le rectum, et j'incisai, comme pour la pierre, sur le côté gauche du raphé, jusqu'à ce que je sentisse la sonde à travers le bulbe. Je plongeai alors un couteau à deux tranchants dans le périnée entre la glande prostate et le rectum, ayant ainsi l'intention de diviser la communication fistuleuse établie entre l'urètre et l'intestin. Une mèche de charpie fut introduite dans la plaie et un cataplasme fut appliqué par-dessus. Lorsque la charpie fut retirée, on s'aperçut que l'urine coulait à travers l'ouverture pratiquée dans le périnée. L'orifice fistuleux du rectum se ferma

graduellement et celle du périnée se cicatrisa ensuite promptement. Dès lors, l'urine reprit entièrement son cours naturel. »

Les autres faits, relevés çà et là, n'ont pas toujours été suivis d'un succès aussi complet. Pourtant, en 1854, M. Frayer (de la Nouvelle-Orléans) publia une observation heureuse, mais accidentée de nombreuses et graves péripéties : au bout de cinq mois et demi, la guérison fonctionnelle paraissait obtenue, sans que la cicatrisation fût encore tout à fait achevée.

En 1881, M. Dittel (de Vienne) relatait quatre faits du même genre dans lesquels l'intervention opératoire avait été plus régulière et aussi plus complète : il ne s'était pas contenté d'inciser le périnée et de décoller la paroi antérieure du rectum jusqu'au-dessus du trajet fistuleux, mais il avait suturé l'un des deux orifices, l'orifice rectal chez deux de ses malades, l'orifice urétral chez le troisième ; une sonde était laissée dans la plaie périnéale non réunie et remplacée plus tard, quand le bourgeonnement était déjà assez avancé, par une sonde à demeure dans l'urètre. Il est à remarquer que, chez les trois opérés de M. Dittel, la suture manqua, et l'oblitération des deux orifices fistuleux se fit lentement par bourgeonnement de la plaie. Deux d'entre eux, au moment de leur sortie, perdaient encore un peu d'urine par le rectum.

Il n'est pas douteux que dans les cas où le trajet fistuleux traverse un foyer de phlegmon chroniqne, où il est entouré de clapiers et de diverticules, la méthode de la dérivation périnéale ne soit la plus sûre, malgré sa lenteur. Mais lorsque la communication ne résulte pas d'un processus inflammatoire ou que celui-ci a disparu, il y a lieu de recourir à une intervention réparatrice plus régulière.

De là est née la seconde méthode, la méthode autoplastique qui n'est ici que l'application aux fistules recto-urétrales de l'opération communément employée dans la fistule vésico-vaginale. Nous en trouvons dans une thèse déjà ancienne, celle de Devin, 1875, une très intéressante observation due à M. Duplay.

La fistule était longue d'au moins 2 centimètres et demi à 3 centimètres ; son extrémité inférieure était située à environ 2 centimètres et demi du rebord anal. M. Duplay fit, comme pour la fistule vésico-vaginale, un avivement large d'un demi-centimètre sur les quatre cinquièmes supérieurs du pourtour de la fistule, passa cinq fils d'argent à l'aide de l'aiguille tubulée, réunit exactement les bords de la fistule en laissant intact le cinquième inférieur du pourtour et fixa une sonde dans la vessie. Un mois et demi plus tard, notre collègue avait recours à une intervention complémentaire : il avivait le pourtour de l'orifice fistuleux et taillait aux

dépens de la muqueuse rectale un lambeau qu'il rabattait en volet sur la perte de substance.

Après une série de péripéties qu'il serait trop long de rapporter, la guérison, six mois plus tard, paraissait définitivement assurée.

Un fait du même genre, mais moins heureux, figure dans la thèse de Devin. Il s'agit d'un soldat opéré au Val-de-Grâce par M. Pingaud, et bien que l'opération ait été faite avec un soin extrême et aussi, il faut le dire, avec de grandes difficultés, elle fut suivie, au bout d'un certain temps, d'une récidive complète.

Enfin nous citerons encore un autre exemple publié par note dans le *New-York medical Journal* en 1870. Ce fut Emmet qui pratiqua par le rectum, et après débridement large du sphincter, la suture de l'orifice fistuleux. La guérison fut rapide et parfaite.

Toujours est-il que les conditions sont ici beaucoup plus défavorables que dans la fistule vésico-vaginale ; les difficultés opératoires sont plus grandes et les chances de réunion complète ou rapide beaucoup plus précaires.

En effet, la suture rectale est on ne peut mieux disposée pour s'infecter et se disjoindre, et, une fois rompue, les deux orifices rectal et urétral restent en continuité directe, et le trajet fistuleux est immédiatement reconstitué.

C'est précisément ce double but, la séparation, l'éloignement des deux orifices fistuleux et leur oblitération isolée que se propose la troisième méthode, celle qui a été utilisée par M. Lejars et dont M. Ziembicki avait déjà donné en 1889 un remarquable exemple.

Ouvrir le périnée, décoller le rectum jusqu'au-dessus du trajet fistuleux, fermer d'une part l'orifice rectal, d'autre part l'orifice urétral et les maintenir, autant que possible, à distance et hors de contact : telle est la formule générale qui a été suivie dans l'un et l'autre cas. M. Ziembicki eut recours à une intervention très large : son opéré, soldat du 11e lanciers autrichien, avait subi depuis deux ans toute une série d'opérations : section du sphincter, cautérisation, procédé d'Astley Cooper, autoplastie par la méthode américaine, tout avait échoué successivement, et le malade au désespoir menaçait de se suicider. Notre collègue circonscrivit l'anus par une incision circulaire qu'il prolongea jusqu'au coccyx en arrière, jusqu'au raphé périnéal en avant ; puis il mobilisa toute la portion extra-péritonéale du rectum, comme s'il se fût agi d'une extirpation de cancer ; le décollement fut poussé jusqu'au niveau du cul-de-sac péritonéal, et au milieu de ce champ opératoire énorme, l'avivement et la suture de l'un et l'autre orifice devint extrêmement facile. M. Ziembicki imprima au rectum un mouvement de rotation sur son axe longitudinal et le fixa par quelques points de suture

dans cette nouvelle situation. De la sorte, la ligne de suture rectale n'était plus en regard de la ligne de suture urétrale. Le tamponnement de la plaie termina l'opération. La suture de l'orifice urétral manqua ; mais, au bout d'un mois et demi, le malade n'en était pas moins radicalement guéri.

M. Lejars se contenta de décoller largement la paroi antérolatérale du rectum ; il eut soin de pousser aussi très haut sa dissection et de tamponner la plaie périnéale non réunie. Il semble, en effet, que ce soit là un élément de sécurité et de succès, de maintenir à distance les deux lignes de suture et de ménager une voie de dérivation toute ouverte, si l'une d'elles vient à manquer ; autrement il se produira souvent ce qui a eu lieu dans la première intervention de M. Lejars, où la réunion périnéale s'étant faite complètement, le trajet fistuleux se reconstitua dans la profondeur.

Présentation de malades.

1° *Exstrophie de la vessie.*

M. Richelot présente un enfant de 5 ans qu'il a opéré pour une *exstrophie de la vessie.*

L'opération a été faite par le procédé que M. Segond a préconisé, il y a quelques années, au Congrès de chirurgie : dissection de la paroi vésicale exstrophiée, renversement de cette paroi de haut en bas, de manière à tourner en arrière la surface muqueuse ; puis, formation du lambeau préputial de Le Fort ramené au-dessus de la verge et appliqué sur la paroi vésicale pour la doubler et en faire une paroi muqueuse en dedans et cutanée en dehors ; enfin, suture circulaire du lambeau préputial à la paroi abdominale.

Un événement inattendu, et qui ne doit pas être ordinaire, se produisit au bout de quelques jours : la paroi vésicale se déchira spontanément au niveau de son insertion à l'abdomen, au point où s'était arrêté le décollement chirurgical ; elle se détacha ainsi complètement de l'abdomen, de telle sorte que la paroi cutanéo-muqueuse de nouvelle formation devint flottante au-dessus de la gouttière urétrale.

Il devint alors nécessaire de rattacher à l'abdomen la paroi antérieure de la vessie ; c'est ce que fit M. Richelot, en avivant la paroi abdominale par décollement et la paroi vésicale par dédoublement de son bord circulaire. Puis, pour assurer le succès de la suture, faite avec des crins de Florence, M. Richelot plaça dans la gouttière urétrale une sonde à demeure, qui pénétrait dans un petit diverticule vésical exis-

tant heureusement au niveau de l'embouchure des uretères, et qui, grâce à sa longueur, put dériver efficacement toute l'urine au dehors, à travers les pièces du pansement. La suture tint parfaitement, et la guérison est aujourd'hui complète.

2° *Désarticulation du genou.*

M. Paul Berger présente un sujet sur lequel il a pratiqué la désarticulation du genou pour un ulcère incurable de la jambe remontant très haut.

L'étendue des lésions était telle qu'il a fallu avoir recours à la méthode circulaire, encore pour obtenir la réunion a-t-on été obligé d'enlever la rotule : c'est donc la peau seule de la région du genou, doublée des tissus fibreux correspondants qui recouvre les condyles fémoraux. La cicatrice linéaire est située en arrière, quoiqu'elle résulte d'une amputation circulaire.

Le malade, déjà guéri, est tombé sur son moignon, il en est résulté un hématome qu'il a fallu inciser. Pour cette raison M. Berger n'a pu se résoudre encore à faire marcher l'opéré sur le genou à l'aide d'un pilon ; il lui a fait construire un appareil articulé, prenant son point d'appui sur l'ischion, permettant la flexion de la jambe, et absolument identique à l'appareil qu'on porte à la suite de l'amputation de la cuisse. Somme toute, le résultat est aussi satisfaisant que possible : La guérison a été obtenue sans suppuration, par première intention, et le moignon semble destiné à rendre les meilleurs services.

Discussion

M. Ollier. Je félicite M. Berger du résultat qu'il a obtenu ; mais j'avoue que je crains dans les désarticulations du genou la minceur des parties molles appliquées sur l'extrémité des condyles fémoraux. C'est pour cela que j'ai proposé de conserver dans ces parties tous les tissus fibreux qui les doublent, et d'énucléer simplement les os. On applique ainsi au genou une méthode générale dont les avantages ne sont plus à démontrer. Les lambeaux ainsi doublés deviennent meilleurs par l'usage au lieu de tendre à s'amincir et à s'ulcérer.

M. Delorme. M. Berger a donné à son malade un appareil qui prend un point d'appui sur l'ischion. J'aimerais mieux le faire appuyer franchement sur le bout de son moignon. L'expérience a montré qu'on pouvait le faire sans crainte et c'est pour moi un des avantages de la désarticulation du genou.

M. Peyrot. Je pense avoir prochainement l'occasion de présenter à la Société de chirurgie deux malades chez lesquels j'ai récemment pratiqué la désarticulation du genou. J'ai fait cette opération jusqu'ici quatre fois, et j'en ai obtenu des résultats très encourageants. Les malades, malgré la minceur des téguments qui recouvrent les condyles, marchent parfaitement. Il faut remarquer, d'ailleurs, que les surfaces condyliennes ne sont point rondes, mais plutôt quadrilatères et admirablement disposées pour fournir un point d'appui dans la marche. Enfin, je vous rappellerai qu'ici même, M. Poncet nous a rapporté l'histoire d'un homme de peine, amputé par Gensoul, qui avait pu marcher pendant quarante ans et plus sur son moignon, sans y voir venir la moindre excoriation.

M. Routier. A l'appui de ce qui vient d'être dit, je répète ce que j'ai déjà déclaré ici, à savoir que j'avais moi-même, étant au bureau central, renouvelé les pilons d'individus amputés par Gerdy et Manec, et marchant sur leurs moignons sans le moindre accident.

M. Polaillon. Je rappellerai que j'ai présenté à la Société de chirurgie il y a huit à dix ans, un homme désarticulé du genou et marchant fort bien sur son moignon. Je disais à ce moment-là que pour moi la désarticulation était excellente et supérieure dans bien des cas à l'amputation sus-condylienne ou à l'amputation faite à travers le plateau tibial.

M. Berger. Je répondrai à M. Ollier que j'ai précisément suivi sa méthode chez le malade que je viens de présenter. La séparation des os a été faite à la rugine. L'amputation une fois terminée, j'ai trouvé que j'avais peu de parties molles et j'ai dû enlever la rotule.

J'ai bien l'intention de faire marcher plus tard l'opéré sur son moignon ; mais j'ai craint en le faisant trop tôt de produire quelque dégât. Si on voulait conserver la flexion, il faudrait bien avoir le point d'appui à l'ischion. Le pilon seul conviendra dans le cas où l'on voudra appuyer directement sur le bout du moignon.

3° *Énorme nœvus molluscoïde du membre supérieur droit.*

M. Paul Berger présente un enfant de 6 ans, atteint d'une affection bizarre de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané du membre supérieur droit.

Cette affection est congénitale, mais elle a subi un notable accroisse-

ment dans ces derniers mois. Elle occupe presque toute la peau du bras, étend des îlots de même nature sur la région susclaviculaire. Elle est caractérisée par une modification cuivrée de la coloration de la peau, nettement circonscrite sous forme de taches très vastes, avec développement du système pileux et épaississement notable de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. Sur le reste de la surface tégumentaire, il existe, d'ailleurs, un grand nombre de molluscum isolés. L'affection en question a été reconnue comme étant un nœvus molluscoïde. M. Berger se propose de limiter le développement de cette affection hyperplasique en enlevant de grandes bandes de peau malade sur ses limites et en combinant cette extirpation à de l'ignipuncture. Il n'y a pas de modifications du squelette ni des parties aponévrotiques.

Discussion.

M. Tuffier. Quelle différence faites-vous entre cet état et l'éléphantiasis congénital ?

M. Berger. Il y a plusieurs différences : l'altération, par exemple, n'occupe qu'une portion de la circonférence du membre, et même au milieu des parties malades, subsistent quelques parties saines.

4° Polype naso-pharyngien typique implanté sur l'apophyse basilaire.

M. Paul Berger demande encore l'avis de la Société sur un polype fibreux nasopharyngien, limité à la cavité des arrière-narines, chez un sujet de 19 ans, polype qu'il se propose d'enlever par la voie palatine : l'incision palatine sera laissée ouverte quelque temps pour surveiller et traiter au besoin les récidives.

M. le Dr Picqué doit pratiquer presque en même temps la même opération pour un sujet à peu près du même âge, présentant un polype à peu près exactement de même volume.

Présentation de pièces.

Rupture de la trompe; hématocèle anté-utérine. Laparotomie. Guérison.

M. Routier. Les pièces que j'ai l'honneur de présenter proviennent d'une opération que j'ai faite, il y a douze jours, à une jeune femme de 32 ans.

Toujours mal réglée, elle avait eu deux enfants et deux fausses couches; la dernière avait été suivie de métrorragies qui guérirent sans curettage.

Le 3 juillet, elle fut prise subitement, sans raison apparente, d'une violente douleur dans le ventre, elle traîna pendant cinq ou six jours, puis vint dans mon service à Necker; la douleur de ventre existait toujours à gauche, mais, au toucher, l'utérus gros et peu mobile semblait flanqué d'une tuméfaction vers la droite.

Je décidai de faire une laparotomie; à l'ouverture du ventre, l'épiploon teinté de bleu violacé cachait tout: il était adhérent; en détachant les adhérences, il vint un sang noir comme du foyer d'une hématocèle, surtout du côté gauche.

L'épiploon, au niveau de ses adhérences, était, comme nous pouvons le voir sur la pièce, très épais, j'ai cru devoir le réséquer. Je suis arrivé ainsi sur un assez gros foyer plein de caillots noirâtres, limité en avant par la paroi abdominale antérieure, en arrière par le ligament large : le petit bassin était plein de sérosités rougeâtres comme du sérum exprimé par les caillots du foyer. J'ai enlevé ces caillots avec soin et douceur, en voyant tout ce que je faisais, à un moment donné, j'ai eu du sang artériel, et j'ai bien vite reconnu que le jet provenait de l'angle utérin gauche.

Au milieu d'un gros caillot noir cruorique, j'ai reconnu la trompe sectionnée, et c'est à côté d'elle qu'une artère donnait.

J'ai enlevé cette trompe de l'ovaire tout couvert de fausses membranes cruoriques, et portant une ligature sur le moignon de trompe adhérant encore à l'utérus, le sang s'est arrêté, j'ai pu faire la toilette du péritoine et refermer le ventre.

Voici donc un cas d'hématocèle latérale et antéutérine dû à une rupture de la trompe; à quoi est due cette rupture? ici nous n'avons pas d'explications plausibles, nous avons cherché en vain les traces d'une grossesse extra-utérine.

La malade est en pleine convalescence.

Discussion.

M. Championnière. La malade avait-elle eu quelque trouble menstruel? Un retard des règles?

M. Routier. Non, je l'avais soignée seulement quelque temps avant pour une métrite hémorragique.

Au cours de la séance, M. Ricard est nommé *membre titulaire* de la Société de chirurgie, par 24 voix sur 26 votants.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le Secrétaire annuel,

Peyrot.

Séance du 25 juillet 1894.

Présidence de M. J.-L. Championnière.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Lettre de M. Ricard remerciant la Société pour sa nomination de membre titulaire de la Société de chirurgie;

3° M. Baudron adresse, pour concourir au prix Duval, deux exemplaires de sa thèse : *De l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement chirurgical des lésions bilatérales des annexes de l'utérus;*

4° *Des formes cliniques de la filariose génitale chez l'homme,* par M. L. Audain (de Port-au-Prince);

5° *Étude sur la tuberculose et de la galvano-tuberculose,* par M. Millot-Carpentier (de Montécouvez, Nord);

6° *Informe sur la Tecnica Anatomica du Dr Yarini*, par le Dr de Agosta ;

7° *Note sur un cas d'extrophie vésicale : intervention, succès*, par M. Prioleau (de Brive); (M. Peyrot, rapporteur);

8° (a) *Plaies du coude et de l'abdomen par une balle de fusil modèle 1886;* — (b) *Écrasement de la moelle par suite de diastasis des vertèbres cervicales*, par M. Boppe, méd. princ. à Alger; (M. Chauvel, rapporteur);

9° *Anévrysme cirsoïde de la région temporale,* par M. Roux (de Brignoles); (M. Nélaton, rapporteur).

A propos de la discussion sur la cholécystentérostomie.

Indications opératoires dans la lithiase biliaire.

M. Tuffier. J'ai pratiqué douze opérations sur les voies biliaires, ces 12 opérations m'ont donné 11 succès opératoires. Je ne vous

entretiendrai aujourd'hui que des cas qui ont trait à la valeur comparée des opérations qui s'adressent à l'oblitération des voies biliaires. Comme M. Terrier, j'ai vu, après la cholécystostomie, un écoulement très abondant de bile par la plaie, et je relève la durée de 3, 5, 9 jours dans mes observations, les malades n'en sont pas moins complètement guéris, sans récidive, et sans trace de calcul oublié dans les voies biliaires.

Le point capital de la discussion actuelle a trait aux indications opératoires et au choix de l'opération dans ces cas de lithiase. Or, je crains bien qu'il nous soit tout à fait impossible actuellement de préciser ces indications. Le nombre de faits publiés est insuffisant à cet égard et, si intéressant, si important que soit ce chapitre, je crois qu'il a longtemps encore à rester ouvert. Il est d'abord nécessaire de créer des divisions qui donnent à mon avis le pronostic. Et il me semble que les opérations pratiquées sur les voies biliaires avec ou sans rétention de la bile ont une gravité différente, peut-être même le danger varie-t-il, suivant que la rétention est complète ou incomplète, et surtout suivant que le foie est infecté, infectieux ou infectant. Ce n'est qu'après avoir tenu compte de ces différents éléments que nous pourrons poser des indications opératoires et faire le parallèle de la cholécystentérostomie et de la cholécystostomie.

S'il était bien démontré que l'anastomose de la vésicule biliaire et de l'intestin est fatalement suivie d'infection hépatique, comme on serait porté à le penser, on aurait à rayer du cadre de la médecine opératoire une de ses plus brillantes interventions. Heureusement, il n'en est rien, l'opération a fait ses preuves, puisque des opérés depuis très longtemps n'ont aucun signe d'infection biliaire [1], et je puis vous rapporter un fait plus probant encore, puisque l'examen bactériologique a été pratiqué par M. Gilbert, sur un opéré. Voici le fait :

Cholécystentérostomie pour rétention biliaire par engorgement ganglionnaire péripancréatique. — Examen bactériologique.

B. L..., 22 ans. Entrée le 19 mars 1894. Salle Hugues, n° 9. — C'est une jeune fille assez maigre, et qui nous est adressée par notre collègue et ami Gilbert, pour des accidents d'ictère chronique. Au mois d'août 1893, elle a été prise de douleurs épigastriques revenant par crises et s'accompagnant d'une légère teinte subictérique. Un mois après, ces douleurs rendaient nettement le caractère de colique hépatique avec irradiation dans l'épaule droite et ictère de coloration variable. Un traitement médical fut institué sans efficacité. En mars dernier, les douleurs

[1] *Thèse de H. Delagenière.* Paris, 1890. — *Thèse de Paturet.* Paris, 1893.

disparurent, mais des épistaxis et une hémorragie intestinale compliquèrent la situation.

Dans ces conditions, M. Gilbert, pensant à une affectation lithiasique avec obstruction du cholédoque, croit une intervention justifiée. Je vois une malade assez déprimée mais suffisamment résistante pour permettre une opération. Son ictère est jaune foncé, les matières fécales sont décolorées, les urines sont couleur bière forte, mais elles n'ont pas une teinte en rapport avec une décoloration aussi complète des matières intestinales. Le ventre est légèrement ballonné, mais sans ascite appréciable, sans dilatation veineuse. Le foie est très hypertrophié, mesurant 23 centimètres sur la ligne mamelonnaire, et 24 centimètres sur la ligne axillaire, il est lisse, régulier, indolore, la vésicule ne fait aucune saillie. La rate mesure 15 centimètres de matité verticale. Les autres organes sont normaux. L'appétit est nul, la respiration est un peu haute, mais l'auscultation ne fait entendre que quelques légers frottements pleuraux à la base du poumon droit.

Le 31 mai, incision abdominale de 10 centimètres, sur le bord externe du muscle grand droit, le foie très volumineux, vert foncé, parsemé de noyaux blanchâtres du volume d'un noyau de cerise. La vésicule a son volume normal, mais elle est très tendue ; la face inférieure est lisse, mais, au niveau de la tête du pancréas, je trouve une masse arrondie, du volume d'une mandarine, ressemblant absolument à un ganglion, après avoir exploré la vésicule, le canal cystique et le cholédoque, je pense que cette masse est la cause de l'obstruction, et je me mets en devoir de l'examiner et de l'extirper. La forme, le volume, le siège, les connexions me font penser à une dégénérescence ganglionnaire, consécutive à un néoplasme du foie. L'acupuncture, puis l'incision et l'exploration digitale de cette tumeur confirment cette hypothèse, mais son adhérence aux organes voisins et surtout à la veine-porte, que j'isole dans l'étendue de 2 centimètres, contre-indiquent l'exérèse. Je tamponne à la gaze iodoformée l'incision de la tumeur et je pratique une cholécystentérotomie.

A ce moment, M. Gilbert (qui a ponctionné le foie plusieurs fois pour s'assurer qu'il n'y avait pas là quelque kyste hydatique, a profité de cette ponction pour constater l'*asepsie bactériologique du foie*) recueille de la bile dans la vésicule, et j'ajoute de suite que cette bile fut reconnue normale et *indemne de toute espèce de microbes ou de spore*. La vésicule est suturée à la première anse sous-duodénale. Triple rangée de fils de soie. Drain de 1 centimètre, allant de la vésicule dans l'intestin (procédé Terriès). Suture de la paroi à triple étage, laissant une ouverture pour la mèche de gaze iodoformée qui tamponne le ganglion incisé.

Aucune suite opératoire, la mèche est retirée au deuxième jour et les fils de crin de la paroi au septième. Dès le 3 juin, les urines sont moins foncées, l'ictère est moins intense et les matières sont colorées, et le 5 juin la malade réclame des aliments. Du 5 au 18 juin son état s'améliore dans des proportions notables, les digestions sont normales, l'ictère a disparu, les matières sont colorées, les urines ne contiennent

aucun principe anormal. A partir du 18 juin, l'appétit diminue, l'abdomen est légèrement ballonné, des épistaxis surviennent peu abondantes mais répétées, il y a une diarrhée grisâtre, et, le 22 juin, la malade tombe dans le collapsus et meurt.

L'autopsie nous montre un épanchement abdominal séreux, un foie énorme pesant 3.300, il est parsemé de noyaux blanchâtres ; la rate pèse 280 grammes, l'abouchement siège à environ 15 centimètres du duodénum. Autour de l'abouchement existent des adhérences étendues. Au niveau même de l'abouchement, la suture est complète sur les trois quarts de la circonférence, mais le décollement des adhérences fait voir que l'affrontement a cédé à ce niveau. Au niveau du cholédoque, très dilaté (volume de l'index), existe la masse ganglionnaire et sa cicatrice — de mon incision — le foie présente à son centre une masse cancéreuse, du volume des deux poings, avec un prolongement cancéreux oblitérant le canal cholédoque.

Cette observation sera publiée avec longs détails par mon collègue Gilbert et notre interne M. Claude. Voici leurs avis sur la partie clinique de l'observation :

Cancer massif avec noyaux secondaires et envahissement des voies biliaires par un bourgeon cancéreux qui a modifié l'aspect clinique de la maladie et l'évolution anatomique. L'ictère exceptionnel dans le cancer massif, a été provoqué par cette obstruction du cholédoque par le bourgeon cancéreux, et peut-être aussi par la compression des canaux hépatiques par les masses ganglionnaires. Les accès de colique hépatique furent causés très vraisemblablement par la migration dans les canaux biliaires de particules cancéreuses détachées du bourgeon.

Enfin la cirrhose biliaire a été consécutive à l'altération des gros canaux biliaires. Au point de vue histologique, il y a donc cancer alvéolaire à cellules polymorphes, avec enkystement remarquable des noyaux cancéreux par un tissu fibreux, plus ou moins développé suivant l'âge des lésions. De plus, il existe une cirrhose biliaire très accentuée avec formation de néocanalicules nombreux et atrophie lobulaire. *Pas de processus inflammatoire aigu.* Pas de lésions nécrobiotiques du parenchyme.

L'infection n'est donc pas fatale après la cholécystentérotomie, et cela dans des conditions favorables, puisque les voies bilaires étaient en état de distension par rétention.

Dans ce cas, c'est l'insuffisance hépatique qui est l'élément principal de la gravité du pronostic.

Reste à savoir si la cholécystentérotomie, l'ouverture simple de la vésicule, met à l'abri des accidents infectieux ou même est susceptible de remédier à une angiocholite bien constante. Voici une

seconde observation qui démontre bien qu'elle est incapable de mettre un terme aux infections biliaires colibacillaires.

Cholécystotomie pour calcul du cholédoque. Guérison opératoire. Ictère grave consécutif. Examen bactériologique avant et après l'opération.

D... (Jeanne), 28 ans, modiste; entre le 5 octobre 1893, salle Hugues, n° 5, hôpital Beaujon ; nous est adressée du service de M. Millard, suppléé par mon collègue et ami Gilbert.

C'est une jeune fille assez maigre, de teinte ictérique verdâtre, dont les accidents hépatiques remontent à huit ans. Douée d'une santé parfaite jusqu'à cette époque, elle prit alors en Algérie des fièvres palustres typiques qui cédèrent au sulfate de quinine à haute dose, ces accès reparurent à intervalles irréguliers, mais ils cédèrent toujours à la quinine. Il y a cinq ans, elle ressentit, pour la première fois, une colique hépatique avec irradiation dans l'épaule et vomissements. Cette première atteinte fut suivie d'une série d'accès survenant environ tous les quinze jours, et qui s'accompagnèrent d'ictère dès le second mois de l'affection. Depuis cette époque, son ictère ne disparut pas complètement, mais c'est depuis deux années seulement, à la suite d'une dysenterie, que l'ictère devint permanent et s'accentua progressivement, les matières stercorales sont décolorées.

Le foie, en même temps, augmenta de volume et devint plus sensible, et l'amaigrissement fit de rapides progrès.

Lorsque je l'examine, le 6 octobre 1893, je trouve tous les signes d'un ictère par rétention, avec une augmentation de volume du foie, qui déborde de cinq travers de doigt les fausses côtes. Au niveau du bord externe du grand droit, on sent, aux lieu et place de la vésicule, une tumeur dure, résistante, arrondie, du volume du poing, et que je pensai être la vésicule biliaire. Les urines sont fortement teintées, les matières stercorales décolorées.

Mon collègue Gilbert a pratiqué dans le foie une série de saignées capillaires aseptiques qui lui ont donné du sang dont l'examen bactériologique a révélé la présence d'une culture riche de colibacilles.

Notre avis commun fut qu'il s'agissait d'un ictère par rétention d'un calcul dans le cholédoque et l'intervention nous parut nettement indiquée.

Le 17 octobre, je pratique la laparotomie sur le bord externe du muscle droit ; je trouve le foie jaunâtre, turgescent, et au-dessous de son bord antérieur, je constate que la vésicule biliaire est petite, blanche et entourée d'adhérences épiploïques et intestinales. Au-dessous d'elle, j'explore les canaux excréteurs cystique et cholédoque : ils sont perdus au milieu d'adhérences qui rendent impossible toute intervention de ce côté. J'incise alors la vésicule et je suture les lèvres de l'incision à la peau. Le cathétérisme des voies biliaires ne peut être pratiqué. L'ouverture de la vésicule donne un liquide clair, fluide et j'extrais un calcul (cholestérine avec noyaux de bilirrine) pesant

8 grammes. Le liquide a été pris et examiné par M. Gilbert. C'était une culture pure et riche de colibacilles. Tamponnement de la vésicule à la gaze iodoformée, pansement à la gaze et à l'ouate.

Les suites opératoires furent nulles et tout l'intérêt de cette observation a trait au résultat de la cholécystotomie. Pendant quelques jours, le pansement fut souillé de bile, mais sans être traversé ; les matières stercorales furent plus colorées ; l'ictère diminua notablement, l'appétit revint et jusqu'au 15 novembre nous espérâmes un succès complet. Mais les accidents de rétention biliaire reparurent et, malgré tous les moyens médicaux successivement employés, l'état général ne s'améliore pas et la fistule biliaire ne donne que quelques grammes de bile par jour, et cette quantité est extrêmement variable, suivant les jours. Le foie n'a pas diminué de volume.

Le 22 décembre, la malade peut cependant quitter l'hôpital.

Le 15 janvier 1894, elle entre de nouveau à l'hôpital, des épistaxis abondants, des pétéchies, une langue sèche, de la diarrhée et des hémorragies intestinales, le tout accompagné d'une température de 38°, 5, nous font penser à un ictère grave. Le foie ponctionné à la seringue de Straus donne un liquide très riche en colibacilles.

La malade meurt le 22 janvier.

A l'autopsie on trouve un foie énorme atteint de cirrhose biliaire et un calcul enclavé dans l'orifice duodénal du cholédoque [1].

Je répondrai donc à la question qui nous a été posée au sujet du pronostic des opérations sur les voies biliaires, et de leurs indications. Il n'est pas possible de poser actuellement sur cette question des indications précises parce que nos documents sont scientifiquement incomplets ou insuffisants, et parce que des indications ne peuvent être prises en bloc. Le pronostic de nos interventions me semble devoir compter surtout avec l'*état antérieur* de la glande hépatique et à cet égard nous devons distinguer : l'*infection* ou l'*asepsie* des voies biliaires; l'état de *rétention* complète ou incomplète de la bile ; l'*ancienneté* même de cette rétention qui provoque dans le foie des lésions que les recherches récentes tendent à faire regarder comme irrémédiables. Si bien qu'après avoir levé l'obstacle au cours de la bile, on laisse persister les altérations hépatiques. Tous ces états pathologiques qui ont été étudiés en chirurgie rénale demandent des travaux complémentaires pour ce qui est du foie.

Quant à la valeur comparée de la cholécystentérostomie et de la cholécystostomie, elle ne peut être davantage établie. L'abouchement de la vésicule biliaire et de l'intestin n'est peut-être pas fatalement suivi d'infection hépatique, la clinique le prouve et mon observation en est une preuve, et, à cet égard; des expériences en

[1] Les détails en seront publiés par mon collègue M. Gilbert.

cours me permettront peut-être de préciser les causes et le mécanisme de ces infections, que les opérations n'ont pas encore montrées. Quant à la cholécystostomie, appliquée aux cas d'*obstruction du cholédoque avec infection colibacillaire des voies biliaires*, elle ne peut être regardée comme curative de cette infection et préventive d'un ictère grave (obs. II). Ce sera souvent l'état local des voies biliaires (atrophie ou adhérences de la vésicule) qui nous guideront dans le choix de notre opération.

M. Ch. Monod. J'ai eu récemment, par deux fois, à intervenir pour des accidents dus à la lithiase biliaire. Je comptais remettre à plus tard la communication de ces deux faits, parce que ni l'une ni l'autre de mes opérées n'est encore complètement guérie. Je profite cependant de l'occasion qui m'est offerte par M. Tuffier pour vous les rapporter au moins sommairement.

Dans mon premier cas il s'agit d'une femme de 33 ans, opérée par moi à Saint-Antoine en décembre 1893. Cette femme avait eu des coliques hépatiques, mais point d'ictère. Elle portait au-dessous du rebord costal droit de la région de la vésicule, une tuméfaction nettement sensible. Par le palper lombo-abdominal on saisissait entre les doigts une masse relativement volumineuse et assez mobile. La malade avait des antécédents héréditaires cancéreux. Ce fait, joint au volume apparent de la tumeur et à l'absence d'ictère, permettait de songer à un néoplasme de rein ou mieux de l'intestin, plutôt qu'à une vésicule dilatée.

Je proposai une laparotomie exploratrice qui fut acceptée.

Le ventre ouvert, je tombai presque immédiatement sur une tumeur, dans laquelle je reconnus aussitôt la vésicule très dilatée. J'en retirai, par ponction, 80 à 100 grammes d'un liquide clair, légèrement sirupeux. Puis j'ouvris la poche et pus en extraire trois calculs. Il en restait un quatrième, engagé dans le canal cystique, que je ne pus amener au dehors.

Je dus me contenter de fixer les bords de la vésicule ouverte à la plaie abdominale (cholécystotomie).

L'orifice, ainsi créé, s'est peu à peu retréci mais ne s'est pas fermé. La malade, aux dernières nouvelles que j'en ai reçues, conservait une fistule sans importance.

Ma seconde opérée est une femme de 41 ans.

Cette fois l'intervention fut précédée d'un diagnostic précis. Il y avait eu des coliques hépatiques, dont la première remontait à septembre 1893. Elles ne s'étaient jamais accompagnées d'ictère. Lorsque je vis cette dame, il y a quelques semaines, elle souffrait de douleurs sourdes, qui étaient attribuées à un rein flottant, manifeste d'ailleurs.

Elle présentait de plus, dans la région de la vésicule, une tuméfaction allongée, mobile et tellement dure que l'un des médecins trai-

tants crut à la présence de scybales. Un purgatif d'essai n'ayant amené aucune modification apparente, le diagnostic de calculs biliaires, primitivement posé, dut être accepté.

Une incision faite au niveau de la tumeur mit immédiatement à découvert une vésicule dilatée, à travers les parois de laquelle on percevait des calculs multiples. La cavité ouverte avec les précautions d'usage, il ne s'écoula que fort peu de liquide, par contre de nombreux calculs s'échappèrent.

En raison de la profondeur à laquelle la poche s'enfonçait sous le foie, et faute d'instruments suffisamment longs, je ne pus extraire tous les calculs séance tenante. Je dus y revenir les jours suivants à l'aide d'une longue curette utérine.

J'amenai ainsi au dehors plus de deux cents calculs, la plupart de petites dimensions; un seul avait le volume d'une petite cerise.

J'avais, en vue de ces manœuvres complémentaires, fixé, comme dans le cas précédent, les bords de la vésicule ouverte à la peau.

La bile s'est d'abord écoulée en abondance par la plaie, puis elle a repris en partie son cours par l'intestin. Les matières fécales sont tantôt d'un gris cendré, tantôt manifestement colorées par la bile.

Actuellement, un mois après l'opération, cet état persiste. Sur le conseil de M. Terrier, j'attends sans autre intervention la fermeture spontanée de la fistule.

Communication.

Appendicite à rechutes. Trois abcès sous-ombilicaux. Extirpation de l'appendice pendant une période de calme. Guérison.

Par M. Schwartz.

Quoique l'histoire de l'appendicite ait déjà souvent fait l'objet des discussions de notre Société, nous tenons à vous rapporter un fait nouveau que nous venons d'avoir l'occasion d'observer et qui, comme évolution, comme diagnostic et comme traitement s'écarte notablement des formes habituelles de l'appendicite.

Il s'agit d'un jeune homme de 20 ans élève des Hautes Études commerciales, d'une constitution très robuste, de très bonne santé habituelle, qui nous fut adressé il y a environ deux mois par un de nos confrères.

Le début de l'affection pour laquelle il nous consulte remonte à dix ans environ, au 25 décembre 1884.

A cette date notre malade qui avait alors 10 ans fut pris subitement de violentes douleurs dans l'abdomen, avec vomissements, ballonnement, fièvre intense, tous symptômes qui firent croire à une péritonite. Vers la fin de janvier 1885 il se forme un énorme abcès de la région sous-om-

bilicale qui vient peu à peu proéminer le niveau de la ligne blanche et qui est ouvert au bistouri le 15 février 1885. Soulagement immédiat; le malade dit avoir rendu avec le pus une petite masse noirâtre, sans qu'il soit possible de rien savoir de précis à ce sujet. L'abcès ne fut fermé qu'au mois de novembre suivant.

La santé se rétablit complètem ent et était excellente quand le 25 août 1890, six ans après la première crise, l'enfant est repris des mêmes phénomènes douloureux fébriles avec vomissements, sans cause appréciable, comme la première fois. Il s'y ajoute de violentes douleurs en urinant, des mictions fréquentes; un abcès se forme au même endroit où s'était déjà formé le premier; il s'ouvre spontanément et laisse écouler une grande quantité de pus; il était cicatrisé au commencement de février 1891 et avait évolué en 6 mois.

Tout paraissait bien terminé et ce jeune homme était en plein cours d'études quand vers le 25 novembre 1893 il fut repris d'un frisson très violent avec fièvre vive, d'un état adynamique avec ballonnement du ventre qui fit porter par le confrère appelé le diagnostic de fièvre typhoïde probable.

Le jeune homme, instruit par ce qui s'était déjà passé, raconta les faits déjà survenus et éprouvant les mêmes douleurs que les autres fois, la même dysurie, les mêmes ténesmes vésicaux pensa qu'il allait se former un nouvel abcès. C'est ce qui arriva en effet. Au bout de dix jours formation d'une collection purulente sous-ombilicale qui est ouverte au même endroit que les précédentes. Au bout de quinze jours tout est terminé et l'orifice fermé.

Depuis la santé est redevenue très bonne, les fonctions digestives s'accomplissent normalement quoiqu'il y ait plutôt un peu de tendance à la constipation. Effrayé de ce renouvellement des mêmes accidents à échéance de quelques années, il vient sur les conseils de son médecin nous consulter sur l'opportunité d'une intervention pour empêcher le retour d'accidents semblables. Cela est d'autant plus important qu'il est en cours d'études et qu'une nouvelle crise peut de nouveau l'arrêter; de plus si la dernière a été plus courte, elle a été bien plus violente. Nous le voyons le 15 avril 1894. C'est un grand et beau garçon de 20 ans, sans aucune tare ni héréditaire ni acquise.

L'examen local nous montre sur le trajet de la ligne blanche à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, une cicatrice brunâtre qui est la trace de l'ouverture des trois abcès sous-ombilicaux. Au niveau de cette région nous ne sentons aucune résistance profonde; aucun endolorissement, la paroi abdominale est absolument normale. L'exploration de la fosse iliaque droite est absolument négative, toutefois il nous semble sentir comme une bride profonde qui résiste à la pression du doigt sans d'ailleurs que celui-ci provoque aucune douleur.

Toutes les fonctions se font normalement; rien du côté des fonctions digestives ni des fonctions urinaires.

Nous étions assez perplexes au point de vue du diagnostic.

S'agissait-il d'une appendicite à répétition ayant amené ces trois crises suppuratives et douloureuses, ou d'un diverticule intestinal soudé à la

paroi abdominale, s'enflammant en donnant lieu à l'évolution symptomatique observée.

Quoiqu'il soit assez rare de voir l'appendicite rechuter lorsqu'elle a suppuré, je penchai plutôt vers la première hypothèse pour les raisons suivantes : existence de crises douloureuses avec réaction générale; issue de cette petite masse noirâtre la première fois que la suppuration se produisit; sensation de cette espèce de bride profonde derrière la paroi abdominale antérieure.

Si c'était l'appendice qui était le coupable, il devait présenter des connexions tout à fait anormales avec la paroi abdominale, puisque les trois fois un abcès s'était formé exactement dans la région sous-ombilicale et s'était ouvert sur la ligne médiane un peu au-dessus de la partie moyenne.

Quant au traitement, je conseillai l'intervention devant consister en une laparotomie médiane exploratrice d'abord, une action ensuite; la dernière crise avait été plus rapprochée de la seconde que celle-ci de la première et si elle avait duré moins, elle avait été par contre beaucoup plus violente comme douleurs et comme symptômes généraux que les deux premières. Comme nous l'avons déjà indiqué, le jeune homme en plein cours d'études réclamait instamment d'être mis à l'abri d'une nouvelle attaque du mal.

Je pratiquai l'opération le 6 juin. Purgatif la veille. Chloroformisation facile. Incision sous-ombilicale médiane de 8 centimètres de long ayant comme point médian la cicatrice brune, trace de l'ouverture des abcès. Je traverse couche par couche un tissu cicatriciel qui comble la ligne blanche, j'arrive dans le péritoine auquel adhèrent un certain nombre de franges épiploïques qu'il me faut décoller pour arriver dans la cavité abdominale. En portant mon doigt en dehors et en bas le long de la paroi, je sens un cordon arrondi qui partant de la fosse iliaque vient se jeter dans la paroi, s'y insinue pour ainsi dire; je l'attire au dehors par sa partie supérieure et constate que c'est l'appendice qui amène avec lui le cæcum. Il est accompagné d'une grosse masse épiploïque et n'a pas de meso. Il forme une sorte de pont tendu de la fosse iliaque à la paroi. Son extrémité libre est encastrée dans celle-ci avec une solidité qui m'est d'un mauvais augure pour la libération.

Néanmoins je me mets en devoir de décoller avec mon index la partie adhérente, en veillant à ne pas la déchirer et à ne pas ouvrir le canal de l'organe. J'arrive peu à peu à la désinsérer sur une longueur de 3 centimètres et à la rendre libre.

Nous procédons alors à l'ablation de l'appendice tout contre le cæcum. Ligature séparée de la masse graisseuse qui l'accompagne et ablation de cette masse. Je taille ensuite sur l'appendice une manchette péritonéo-musculaire qui est rétractée comme celle d'une amputation, je sectionne l'appendice qui est rempli de matières fécales au ras de la collerette rétractée; je nettoie sa cavité qui s'ouvre dans le cæcum, la touche à l'eau phéniquée forte puis fais 3 plans de sutures séroséreuses sur la manchette qui s'involue comme un doigt de gant et ferme complètement la cavité. Il n'y a pas eu le moindre écoulement de sang

dans le péritoine, la surface où était insérée l'extrémité de l'appendice est touchée à l'eau phéniquée forte; puis le ventre est complètement refermé par un double plan de sutures, les unes péritonéo-aponévrotiques à la soie n° 1, les autres comprenant toute l'épaisseur de la paroi et au crin de Florence. Quelques sutures internes superficielles. Pansement iodoformé ouaté et compression légère.

Constipation pendant cinq jours avec un peu d'extrait thébaïque.

Aucun incident. Le malade se lève le dix-huitième jour et va porter pendant quelque temps une ceinture abdominale comme après toute laparotomie.

Voici maintenant le corps du délit. L'appendice est long de 7 centimètres environ; son extrémité adhérente est effilée et dépouillée de ses tuniques externes, telle était l'adhérence qu'il présentait avec la paroi abdominale. Il est ainsi détruit sur une longueur de 2 centimètres environ. Il contient des matières fécales liquides, mais aucun corps étranger. L'extrémité terminée en pointe est tellement amincie que l'on voit par transparence la couleur des matières qui y sont contenues. A la coupe les parois sont un peu épaissies, comme sclérosées.

C'est le cinquième cas d'appendicite à rechutes que nous opérons à froid. Mais dans tous les autres il s'agissait d'appendicites sans formation d'abcès ayant donné lieu jusqu'à douze poussées dans un cas, mais toujours terminées sans suppuration. Tous ont guéri comme celui dont nous venons de nous entretenir, qui nous a paru mériter une attention particulière à cause de l'évolution du mal et de l'endroit où s'est produite la suppuration. C'est, en effet, presque toujours dans la fosse iliaque, sur la paroi abdominale latérale, en avant ou en arrière, quelquefois dans le petit bassin, que se collectent les abcès dus à une lésion de l'appendice. La région médiane sous-ombilicale n'est pas souvent indiquée par les auteurs qui ont publié des travaux sur la question comme pouvant être le siège de la question.

Talamon distingue dans ses mémoires sur l'appendicite, quatre sièges principaux pour la formation des abcès, et parmi eux le type *sous-ombilical* qui semblerait par cela même fréquent.

Or, quand on parcourt les différents mémoires écrits sur ce sujet, on s'aperçoit bien vite que ce n'est pas dans la région sous-ombilicale médiane que se forment et s'ouvrent les abcès dits sous-ombilicaux par Talamon, pariéteux antérieurs par Genter, mais au niveau du grand droit du côté droit, à une certaine distance de la ligne médiane.

En parcourant l'excellent mémoire de Roux (de Lausanne), celui que Sonnenbourg vient de publier dans la *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie* (avril 1894) et portant sur 80 cas d'appendicites, le mémoire de Genter, dans le *New-York medical Journal* de 1890, enfin un travail très complet sur la pathogénie des abcès sous-om-

bilicaux proprement dits, par Fischer (*Sammlung klinischer Vorträge*, n° 89, janvier 1894).

Nous n'avons pu relever que quelques cas qui se rapprochent de celui que nous venons d'observer. C'est ainsi que Fischer rapporte le fait d'une femme de 27 ans, qui entra à la clinique de Breslau pour une fistule stercorale siégeant en-dessous de l'ombilic, à droite de la ligne médiane.

Elle avait été prise d'une crise très violente dix mois auparavant. Au bout de six semaines, il s'était formé un abcès qui s'était ouvert spontanément, d'où étaient sortis du pus et des matières. On incisa couche par couche, jusque dans la poche; on trouva que l'appendice s'y abouchait par son extrémité obérée. L'abcès fut gratté, nettoyé, l'appendice reséqué, et la femme guérit.

Genter (*New-York medical Journal*, 5 July 1890) rapporte trois faits qui se rapprochent en grande partie du nôtre. Dans les deux premiers, il s'agit d'abcès appendiculaires situés en arrière du grand droit, très près de la ligne médiane, mais n'empiétant point sur elle, si bien que dans les deux il a fait d'abord, pour se rendre compte des rapports et de la façon dont la grande cavité péritonéale était protégée, une laparotomie médiane exploratrice. Grâce à elle, il a pu s'assurer que l'abcès était accessible par la paroi abdominale extérieure, le ventre a été refermé et le pus a été vidé par une incision indépendante à travers le grand droit.

Dans un troisième fait où, comme dans notre cas, il existait des crises vésicales excessivement vives, l'abcès était formé dans l'espace de Retzius, et Genter avait craint son ouverture dans la vessie.

Dans aucun d'eux il n'y eut d'abcès successifs comme dans le cas qui nous est propre; l'abcès était le premier observé ou avait été précédé de crises, de coliques et d'accidents péritonéaux, mais sans suppuration.

Nous ne chercherons pas à expliquer le mécanisme de la production de ces abcès successifs, mais à longue échéance; il y a place pour bien des hypothèses. Il y a toutefois lieu de penser que l'appendice enflammé primitivement s'est fixé à la paroi dès la première atteinte; cela paraît résulter, et de la formation du phlegmon sous-ombilical dès le premier accès, et de la résistance considérable des adhérences avec la paroi abdominale antérieure. Ainsi anormalement placé, il est devenu le point de départ de nouveaux abcès, sans que nous sachions quel a pu en être le point de départ; si la première fois il paraît y avoir eu élimination d'une petite masse fécale, la seconde et la troisième fois, on n'a observé rien de semblable, et il n'y a certainement pas eu de perforation.

En résumé, cette observation nous montre que les suppurations

Paris. — Imp. Paul Dupont, 4, rue du Bouloi (Cl. 47.11.94). *Le gérant :* G. Masson.

médiane de la paroi abdominale sous-ombilicales peuvent tenir à une appendicite; toutes les fois qu'elles se présenteront avec ce caractère de succession indiqué chez notre opéré, il faudra songer à l'appendice, quitte à vérifier le diagnostic et à parfaire le traitement par la laparotomie médiane, telle que nous l'avons pratiquée, et cela autant que possible pendant un intervalle de calme, comme nous le faisions pour les appendicites à rechute classique.



Discussion.

M. Tuffier. J'ai observé chez un jeune homme un phlegmon de la cavité de Retzius consécutif à une appendicite. J'ai ouvert ce phlegmon et trouvé dans sa paroi l'appendice que j'ai réséqué.

Dans un autre cas, l'appendice qui avait d'abord été senti derrière le grand droit fut trouvé au bout de dix-huit mois dans la région sous-ombilicale, sur la ligne médiane.

M. Monod. — J'ai rencontré une fois une collection appendiculaire que j'ai dû ouvrir à gauche. Dans un autre cas, j'ai fait une double incision du côté gauche et du côté droit.

M. Schwartz. Je suis heureux d'avoir entendu M. Tuffier citer ses curieuses observations. Je connais des faits semblables à ceux de M. Monod. Ces suppurations en fer à cheval ne sont pas très rares. Elles le sont relativement moins que les phlegmons médians.

Présentation de malades.

1° *Péritonite suppurée diffuse consécutive à une appendicite perforante; laparotomie, lavage et drainage du péritoine. Guérison.*

Par M. Berger.

Les exemples de guérison obtenue par la laparotomie à la suite des suppurations péritonéales diffuses consécutives aux perforation de l'appendice, ne sont pas fréquentes. Après vous avoir communiqué un certain nombre de cas dans lesquels cette opération est restée infructueuse, je suis heureux de pouvoir vous présenter un sujet sur lequel, le quatrième jour d'une péritonite suppurée diffuse, consécutive à une perforation de l'appendice, au moyen d'une triple incision de la paroi abdominale, j'ai pu pratiquer la désinfection de la cavité péritonéale par des lavages à l'eau stérilisée. Après quelques vissicitudes, la guérison a été obtenue sans fistule stercorale, bien qu'il eût été impossible d'extirper l'appendice perforé. Voici l'observation de ce malade :

Vallier, Jean, âgé de 21 ans, est admis le matin du 18 mars dans mon service, avec tous les signes d'une péritonite aiguë généralisée, consécutive à une perforation de l'appendice. Il n'en est pas, d'ailleurs, à sa première atteinte; il y a quatre ans, une douleur vive dans la fosse iliaque droite l'a forcé de rester huit jours à l'hôpital de Nantes ; il faut aussi noter qu'il y a sept mois, à la suite d'un coup de pied de cheval qui l'atteignit au bas-ventre, il est resté à l'hôpital pendant une huitaine de jours avec des douleurs abdominales assez persistantes.

C'est le 15 mai, il y a trois jours encore, qu'en rentrant de son travail il se sentit pris d'une douleur qui bientôt gagna tout le ventre : celui-ci était gonflé et tendu ; pour calmer ses coliques, le malade prit une purgation qui amena l'évacuation de boulettes dures de matières fécales. Le lendemain 16, la douleur et le gonflement du ventre avaient augmenté ; il s'y joignit des vomissements verdâtres ; enfin le 17, des renvois et un hoquet incessant, l'absence complète d'émissions gazeuses par l'anus, une anxiété extrême le déterminèrent à se faire transporter à l'hôpital.

Le 18, il se présente avec un gonflement notable du ventre, qui est partout sonore, extrêmement sensible à la palpation, avec maximum de la douleur dans la fosse iliaque droite. En ce point, on ne trouve néanmoins à la percussion ni matité, ni sonorité tympanique, ni bruit hydro-aérique, indiquant d'une manière certaine une perforation appendiculaire. Il y a, d'ailleurs, des envies de vomir et des hoquets incessants ; le malade est agité et anxieux ; il présente le facies abdominal, mais le pouls, quoique fréquent, est encore régulier et fort. — *Diagnostic : péritonite généralisée très probablement liée à une perforation de l'appendice.* Le malade accepte aussitôt l'intervention qu'on lui propose.

Opération à 9 heures du matin, avec l'assistance de M. Picqué.

Incision latérale de la paroi au niveau de la fosse iliaque droite : dès que le péritoine est ouvert, il s'en écoule une grande quantité de liquide trouble et floconneux ; le doigt introduit dans l'abdomen ne trouve, nulle part d'adhérences. On reconnaît le cœcum distendu ; on sent avec le doigt l'appendice ; on peut le découvrir et même attirer au dehors son extrémité ; à ce moment, on amène quelques fragments de matière fécale et on aperçoit distinctement une perforation siégeant au centre d'une tache grisâtre, au niveau de l'insertion de l'appendice au cœcum. Malgré une incision de près de 12 centimètres, le gonflement du ventre, la fixité du cœcum et de l'appendice, qui adhèrent à la fosse iliaque, ne permettent pas de pratiquer l'extirpation méthodique de l'appendice ; d'ailleurs, l'état du malade exige qu'on hâte l'opération : on bouche donc la perforation avec une bandelette de gaze au salol et on continue les recherches du côté du péritoine. A mesure que le doigt s'enfonce dans l'excavation pelvienne, le liquide qui s'écoule est plus épais et plus fétide ; le fond de l'excavation même renferme du pus véritable ; en remontant du côté de la fosse iliaque gauche et en revenant à la région ombilicale, on détermine encore l'issue de grandes quantités de liquide trouble et fétide ; nulle part, il n'existe d'adhérences, mais partout la

surface péritonéale est poisseuse et recouverte d'exsudats floconneux qui s'échappent avec le liquide. Dans l'impossibilité de nettoyer complètement la cavité abdominale par une seule ouverture, je pratique deux autres incisions dans la paroi, une sur la ligne blanche au-dessus de l'ombilic, l'autre dans la fosse iliaque gauche, l'une et l'autre de six centimètres. Par chacune de ces incisions, successivement, j'introduis une sonde en verre jusque dans les points les plus reculés de la cavité péritonéale et je fais passer un courant continu d'eau stérilisée tiède (une vingtaine de litres au moins), jusqu'à ce que l'eau injectée ressorte presque complètement claire. Par chacune de ces incisions, j'introduis un gros tube de caoutchouc entouré de gaze au salol et pénétrant l'un du côté du flanc gauche, l'autre dans le fond de l'excavation pelvienne, un troisième enfin aboutit à la fosse iliaque droite, où le cæcum et l'appendice ont été entourés de bandelettes de gaze au salol, de manière à circonscrire le plus possible le siège de l'infection primitive et les alentours de la perforation ; puis l'excédent des incisions est fermé par la suture.

L'opération a duré trois quarts d'heure environ et a été très bien supportée.

Le malade fut laissé toute la journée sous l'influence de la morphine ; il ne présenta pas de choc opératoire notable, et se plaignit surtout d'une soif très vive ; mais le jour même et les jours suivants, tous les liquides qu'il tentait d'ingérer étaient aussitôt rejetés ; le ventre était de plus en plus ballonné ; aucune évacuation de matières ou de gaz ne se faisait par l'anus. Le 21 mai, j'enlevai les bandelettes de gaze et les drains placés dans les incisions du côté gauche et de la ligne blanche ; je changeai le tamponnement de la fosse iliaque droite ; par aucun de ces orifices, il ne s'écoula de liquide.

Le 22 mai l'état devint plus grave ; le pouls à 132 était irrégulier et mou ; les vomissements prirent l'aspect péraloïde.

Le 24 survint du délire ; la langue était sèche, la température normale cependant, mais le pouls mauvais et rapide ; on pouvait prévoir comme imminente la terminaison fatale. Le malade se plaignait constamment d'étouffer, demandait avec instance qu'on le *débouchât;* et, voyant le cæcum distendu faire saillie dans l'incision, j'étais presque tenté de l'ouvrir, quelque persuadé que je fusse, que les accidents ne tenaient qu'à un état de pseudo-étranglement paralytique de l'intestin. Un grand lavement que je fis donner amena le 25 un changement complet dans la situation. Des évacuations copieuses suivies de diarrhée firent tomber le ventre, cesser les vomissements ; mais l'état ne resta pas moins très grave à cause de la faiblesse extrême du malade. Une première tentative pour l'alimenter, le 28, fut suivie de retour des vomissements ; ce ne fut que le 1er juin que cet état alarmant se dissipa, que l'alimentation liquide fut acceptée et que la guérison parut assurée.

Après quelques incidents sans importance, les incisions du côté gauche et de la ligne blanche se fermèrent (vers le 18 juin). Celle de la fosse iliaque droite marchait lentement vers la réparation ; à aucun moment elle ne donna issue ni a des gaz ni à des matières intestinales,

Ce ne fut que le 20 juillet environ qu'elle fut complètement cicatrisée. Depuis plus de quinze jours le malade se levait. Toutes les fonctions abdominales se font actuellement d'une manière régulière; quand il marche un peu longtemps, l'opéré se plaint seulement d'une sensation de tiraillement dans le bas ventre: son embonpoint et ses forces sont complètement revenus. Il n'y a pas de menace actuelle d'éventration au niveau de ses cicatrices, mais il faut attendre longtemps encore pour se prononcer sur ce point comme sur les désordres abdominaux qu'il pourrait ultérieurement présenter.

Comme je le disais en commençant les exemples de guérison de péritonites suppurées diffuses, consécutives à l'appendicite perforante, et traitées par la laparotomie sont excessivement rares. Parcourez nos *Bulletins*, vous en trouverez deux ou trois tout au plus qui vous ont été communiqués et cela à l'époque même où le traitement de l'appendicite est à l'ordre du jour et revient à chaque instant dans nos discussions. Il ne faut pas confondre ces faits, ainsi qu'on le fait très souvent, avec ceux de suppuration péritonéale circonscrite par des adhérences, cas dans lesquels la guérison est la règle si l'incision est faite en temps opportun; cette incision elle-même ne constitue pas une laparotomie, mais une simple ouverture d'abcès intra-péritonéal circonscrit, ce qui est tout différent.

L'infection généralisée du péritoine consécutive à la perforation de l'appendice évolue d'une manière si rapide et si grave que l'intervention, même précoce, n'arrive presque jamais à temps pour sauver le malade; je vous ai déjà cité un certain nombre de cas de ma pratique où malgré l'opération pratiquée aussitôt que le malade m'eut été confié, la mort était survenue dans un délai de quelques heures, deux ou trois jours au plus, quelquefois après une amélioration apparente. En voici une dernière observation qui complétera la série des cas d'appendicite perforante avec péritonite suppurée diffuse que j'ai traités par la laparotomie et que, jusqu'à présent, je vous ai tous communiqués.

Au mois de mai 1893, je fus appelé par M. le Dr Lereboullet, à quatre heures du matin, auprès d'un homme d'une soixantaine d'années, qui venait d'être pris, une heure auparavant, d'une douleur atroce éclatant soudainement dans la fosse iliaque droite. Le malade souffrait depuis une huitaine de quelques troubles digestifs; il avait même accusé quatre ou cinq jours auparavant, un peu de sensibilité dans la région du cœcum, sensibilité qui s'était dissipée à la suite d'une purgation. Il avait toujours été sujet à quelques douleurs survenant au même point à de grands intervalles; chose curieuse à noter, un de ses fils avait été atteint de pérityphlite terminée par résolution, et l'un de ses ascendants avait succombé à une péritonite due à la même cause.

Quand je vis le malade, nul doute ne pouvait exister sur la perforation intestinale; indépendamment de l'état syncopal, de l'anxiété, du pouls petit et incomptable, des éructations et des vomissements, il y avait une tuméfaction notable dans la fosse iliaque droite avec bruit hydro-aérique, matité vers les parties déclives, sensibilité excessive au moindre contact. L'opération fut acceptée aussitôt et pratiquée à sept heures du matin avec l'assistance de mon collègue M. Perier.

Nous trouvâmes dans le péritoine une grande quantité de liquide louche qui provenait de toutes les régions de la cavité abdominale; nulle part d'adhérences : en explorant les environs du cœcum, nous trouvâmes une concrétion stercorale dure, grosse comme un noyau de cerise; aussitôt nous découvrîmes l'appendice qui portait à sa base une perforation de même dimension. L'appendice fut excisée au ras du cœcum, mais dans l'impossibilité de faire une suture méthodique de la surface de section, nous laissâmes sur celle-ci une pince dentée à pression continue qui obturait complètement la perte de substance; l'on procéda à une toilette soignée du péritoine et à un lavage aussi complet que possible de la cavité au moyen de la solution borique, puis un tamponnement à la gaze au salol fut établi jusqu'au cœcum tout autour de la pince qui avait été laissée à demeure.

L'opération fut suivie des plus heureux résultats tout d'abord; les vomissements, les douleurs disparurent. Pendant trois jours le malade ne se plaignit plus que de la soif; le pouls, les forces, le moral étaient excellents; le ventre était souple et des évacuations se firent sans difficulté. Le quatrième jour au matin, l'état était si satisfaisant que nous nous croyions assurés du succès; le lendemain matin, après une nuit agitée, on constatait les signes d'une pneumonie septique qui enleva l'opéré en un peu plus de vingt-quatre heures, le matin du sixième jour. La pince placée sur le cœcum avait été retirée la veille.

Dans ce cas l'opération fut pratiquée aussitôt que possible, moins de cinq heures après le premier début des accidents qui avait été aussi tranché que possible. L'amélioration produite par l'opération nous trompa par sa durée, peut-être eût-elle été suivie de guérison si le malade eût été plus jeune.

Quoi qu'il en soit, voici les résultats de ma pratique intégrale : J'ai eu recours plusieurs fois à la laparotomie pour des accidents de péritonite septique diffuse consécutifs à la perforation de l'appendice ; de ces cas, le dernier seul s'est terminé par la guérison, incontestablement due à l'intervention chirurgicale.

Si cette terminaison heureuse peut être due à des conditions insaisissables, propres à ce cas particulier, elle me paraît surtout devoir être attribuée à la désinfection méthodique et complète que j'ai pu obtenir par la triple incision péritonéale, l'irrigation du péritoine à l'eau stérilisée et le drainage multiple de la cavité. Jusqu'à présent dans les opérations de ce genre, j'avais été limité dans mon action par les conditions insuffisantes de l'organisation maté-

rielle de ma salle d'opération, maintenant que celle-ci est pourvue d'appareils de stérilisation pour l'eau qu'on peut avoir en quantité suffisante, à la température voulue et parfaitement aseptique, j'espère que l'intervention chirurgicale pourra s'exercer avec plus de chances de succès dans les cas de ce genre.

La condition essentielle de ce succès, bien plus que la résection de l'appendice qu'on n'est pas toujours sûr de pouvoir mener à bien, réside dans l'incision en plusieurs points de la paroi abdominale et dans la désinfection complète de la cavité péritonéale au moyen de larges irrigations pratiquées avec l'eau stérilisée. Telle est la conclusion que je crois pouvoir tirer du fait dont je vous ai communiqué l'observation.

2° *Abcès de la paroi costale communiquant avec des cavernes pulmonaires sur un sujet tuberculeux. Ouverture; drainage. Guérison*, par M. Poirier.

3° *Calcul biliaire enchatonné en partie dans le canal cholédoque, en partie dans la première portion du duodénum. Ictère chronique grave. Cirrhose biliaire hypertrophique. Duodénotomie. Extraction du calcul; suture complète. Guérison*[1].

Par M. Pozzi.

E..., âgée de 37 ans, entre le 13 mai 1894 à l'hôpital Broca (annexe Pascal), salle C, n° 8.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier à signaler.

Antécédents personnels. — Pas de maladie dans l'enfance. Réglée à 13 ans, sans douleurs. Mariée à 16 ans, a eu quatre enfants à terme.

Il y a sept ans, la malade fait une chute, à la suite de laquelle elle garde le lit une huitaine de jours. Des douleurs vives se sont alors déclarées du côté droit et on peut dire que, depuis ce moment, elles n'ont plus jamais disparu.

Il y a trois ans, la teinte ictique est apparue et n'a fait que s'accentuer depuis. A cette époque, survinrent de véritables coliques hépatiques, qui revenaient tous les trois ou quatre jours. Les crises sont devenues moins fréquentes dans ces derniers temps, mais, en revanche, la malade se plaint continuellement de douleurs sourdes, de pesanteur, de tiraillements dans l'hypochondre droit. Ces souffrances sont telles qu'elle est condamnée à l'immobilité presque la plus complète.

[1] Observation recueillie par M. Jayle, interne du service.

Depuis également trois ans, des épistaxis ont apparu, de même que des métrorragies abondantes qui, revenant à chaque instant, sont causes d'un affaiblissement progressif.

La santé générale a décliné peu à peu, l'appétit est actuellement presque nul et il existe une anémie profonde. Le facies est tiré, et bien qu'encore jeune, la malade paraît âgée : pour employer sa pittoresque expression, elle est « vieille de souffrance ».

État actuel. — Teint jaune très foncé de la peau, indice d'un ictère chronique très accentué. Faiblesse très grande ; insomnie causée par la douleur.

Signes fonctionnels. — La malade se plaint de douleurs continuelles dans la région hépatique, de difficulté dans la digestion, d'épistaxis, de métrorragie et d'un affaiblissement extrême qui va en progressant.

Pas de vomissements, pas de diarrhée. Constipation habituelle.

De temps à autre, des frissons et des accès fébriles (fièvre intermittente hépatique).

Signes physiques. — Examen de l'abdomen : *ventre* non balloné.

Le rebord des fausses côtes droites est soulevé par le *foie*, qui est manifestement augmenté de volume. Son bord supérieur répond à la huitième côte, au niveau de la ligne mammaire. Son bord inférieur est dur, tranchant et dépasse le rebord costal de quatre travers de doigt au niveau de la ligne mammaire ; plus en dehors, il se perd sous les fausses côtes ; en dedans, il tend à gagner l'appendice xyphoïde qu'il déborde encore de deux travers de doigt et finit par se perdre sous les fausses côtes gauches. La vésicule biliaire ne paraît pas augmentée de volume : tout au moins, on ne sent rien à la palpation qui en rappelle la forme.

La *rate* n'est pas trop hypertrophiée; cependant, on trouve une zone de matité splénique, d'environ trois travers de doigt, et par dessous le rebord costal gauche, on arrive à sentir une tumeur profonde, à bord inférieur arrondi et dur, qui paraît être la rate sclérosée et un peu augmentée de volume.

Le *tube intestinal* fonctionne assez bien ; langue humide, légèrement saburrale. Les matières, qui ont été complètement décolorées il y a trois ans, sont assez colorées en ce moment.

Les *poumons* et le *cœur* paraissent sains.

Les *reins* éliminent une urine riche en pigment biliaire, mais sans albumine, ni sucre.

L'*utérus* et les *ovaires* ne sont atteints d'aucune lésion appréciable.

Diagnostic. — Les antécédents de la malade, la marche des accidents, la chronicité de l'ictère, l'examen clinique, font penser à la lithiase biliaire. L'absence de dilatation de la vésicule amène à croire que l'obstacle doit siéger dans le cholédoque. La coloration des selles permet d'affirmer que l'obstruction est incomplète. Enfin, les épistaxis et les métrorragies, d'une part, les accès de fièvre intermittente hépatique, de l'autre, sont les signes manifestes de graves lésions du

côté du foie, qui causeront, dans un avenir prochain, l'insuffisance de l'organe.

On pose donc le diagnostic de : calcul biliaire enchâssé dans le cholédoque, mais ne déterminant pas une obstruction complète ; cirrhose chronique biliaire et début de phénomènes d'insuffisance hépatique.

L'intervention est indiquée pour arrêter dans leur évolution les lésions hépatiques secondaires et remédier aux souffrances continues de la malade.

Opération le 25 mai 1894. — Incision médiane, allant de l'appendice xyphoïde à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. On tombe directement sur le lobe gauche du foie, qui empiète fortement sur la région épigastrique ; il est cirrhosé, d'aspect granuleux et de couleur violacée. Pour se donner du jour, on fait une incision transversale, comprenant la moitié de la largeur du muscle grand droit du côté droit. En relevant alors le bord inférieur du foie, on voit que toute la face inférieure de cet organe est unie à l'intestin par des adhérences résistantes. Ces adhérences sont détruites jusqu'au niveau du hile ; en ce point, la séparation avec le doigt et l'instrument mousse devient excessivement difficile et se complique de suintement sanguin. La vésicule est rétractée et n'est plus qu'une sorte de conduit ratatiné et complètement vide, qu'on a peine à reconnaître.

Pour faciliter l'exploration qui devient particulièrement délicate, le côlon transverse, l'estomac et quelques anses d'intestin grêle sont sortis hors du ventre et recouverts de compresses chaudes. La main peut alors reconnaître immédiatement en dedans de la vésicule rétractée, au milieu d'adhérences qui rendent très difficile la détermination exacte des parties, une tumeur dure, du volume d'une petite noix qui paraît siéger au niveau du pylore. Le diagnostic est alors hésitant, car on se demande si l'on n'a pas affaire à un squirre limité de la région pylorique comprimant le canal cholédoque. Cependant, afin d'assurer le diagnostic, on poursuit la destruction des adhérences. A ce moment, une petite éraillure se produit au niveau de la tumeur et laisse échapper une gouttelette de bile. Une sonde est immédiatement introduite et permet de sentir un calcul. On débride aux ciseaux et on extrait un calcul ovoïde, mamelonné, du volume d'une grosse amande sèche. Une notable quantité de bile s'écoule à ce moment et est recueillie par des compresses.

Introduit dans la loge de la tumeur, le doigt pénètre à gauche dans la cavité stomacale, après avoir franchi la valvule pylorique qui forme un diaphragme très appréciable contre lequel venait évidemment butter le calcul, ce qui l'empêchait de pénétrer dans l'estomac. En explorant la cavité où se trouvais logé le calcul avec une sonde molle et une sonde cannelée, on peut remonter vers le foie d'une part et descendre vers la deuxième portion duodénale d'autre part.

Le calcul était donc inclus partie dans le cholédoque ulcéré, et partie dans le duodénum au niveau de sa première portion. Un examen ultérieur a permis de constater à sa surface deux parties de dimensions à

peu près égales, l'une de couleur jaunâtre, correspondant à la portion logée dans le cholédoque, l'autre brun verdâtre, répondant à celle comprise dans le duodénum. Ajoutons que le poids du calcul, immédiatement après l'opération, a été trouvé de 5 grammes.

L'incision cholédocho-duodénale a été refermée soigneusement au moyen d'un surjet de catgut, comprenant toutes les tuniques et complété par un deuxième plan de sutures de Lembert, à la soie fine, renforcé par places d'un troisième rang de sutures séparées.

Les viscères herniés sont alors rentrés dans l'abdomen et on place un sac de Mikulicz de gaze stérilisée contenant une grande mèche de gaze stérilisée et une sonde de caoutchouc.

L'opération a duré deux heures.

Suites opératoires. — Le soir de l'opération, la malade est calme, la température est à 37° et le pouls à 88. Pas le moindre vomissement. La malade ne prend rien par la bouche. Lavements de peptone et de champagne.

26 mai. La température atteint le matin 38°,6 et le pouls 110. État général moins bon. Le soir la température redescend à 37°,8 et le pouls à 100, mais la respiration atteint 42. Pansement : écoulement sanguinolent et peut-être un peu de bile, mais en tout cas en faible quantité.

27 mai. État général assez rassurant. La température est à 37°,8 le matin et 38°,6 le soir, le pouls à 110 le matin et 112 le soir, la respiration à 33 le matin et 32 le soir. La quantité d'urines rendues est de 600 grammes ; pigments biliaires très abondants, à peine un peu d'albumine. La teinte ictérique est encore plus accusée qu'avant l'opération et la patiente se plaint de voir les objets en vert.

La malade continue à ne prendre que fort peu de liquide par la bouche : une demi-cuillerée d'heure en heure. Pas de vomissements.

28 mai. La température monte à 38°,8 le matin et 39°,4 le soir, le pouls atteint 104 le matin et 102 le soir. La respiration est tombée à 30 le matin et 28 le soir.

A l'auscultation on trouve un peu de congestion pulmonaire et la malade tousse et rend depuis avant-hier de gros crachats d'ailleurs peu abondants.

29 mai. L'état général empire et nous sommes en présence d'accidents d'ictère grave très nets. La température qui est de 38°,8 le matin atteint 39°,7 le soir, le pouls est de 98 le matin et 110 le soir et la respiration se maintient autour de 28. La quantité d'urines rendues est de 400 grammes. La malade a du délire presque continuellement et tousse assez souvent.

Traitement : digitale, injections de sérum, benzoate de soude, oxygène, frictions vinaigrées générales toutes les trois heures. Lait glacé par cuillerées toutes les heures.

30 mai. Statu quo. Agitation extrême. La température atteint 39°,6 le matin et 39°,7 le soir, le pouls est à 110, la respiration à 30. L'urine rendue est de 600 grammes. L'analyse de l'urine d'hier montre que la quantité d'albumine, sans être notable, puisqu'elle n'atteint pas 1 gr., a augmenté ces jours précédents. Même traitement.

Les pansements sont faits tous les jours ; le drainage a été complètement supprimé le 29 mai. Malheureusement la plaie des parois abdominales, très tendues, s'est désunie et le foie est à nu sous le pansement.

31 mai. Amélioration : l'aspect abattu des jours précédents a disparu et la toux est à peu près éteinte. La température est encore à 38°,8 le matin et 39°,2 le soir, le pouls à 106, la respiration à 24. Quantité d'urine rendue 300 grammes.

1er juin. L'amélioration s'accentue et la température est retombée à 37°,6 le matin et 38°,2 le soir, le pouls à 86 le matin et 96 le soir, la respiration à 20. Les urines sont encore rendues en faible quantité : 200 grammes seulement.

2-8 juin. La malade va très bien ; la plaie se rétracte. L'état général reprend. La température oscille de 37° à 38°. Les urines ont augmenté de quantité et atteignent de 1 à 2 litres.

Comme traitement interne la malade ne prend plus que du benzoate de soude. Régime lacté absolu.

8-13 juin. Bien que l'état général et local continuent à être satisfaisant, la malade se plaint de vives douleurs de tête, de lancements et de sifflements dans les oreilles. La température oscille entre 38° et 39°. Quelques épistaxis.

15 juin. La malade perd du pus par l'oreille droite depuis cette nuit et se trouve considérablement soulagée.

16 juin. Ouverture d'un abcès de l'oreille gauche.

La malade est presque sourde.

La température est à 38°. État général bon.

18 juin. La température est à 37°. L'amélioration s'accentue.

22 juin. Pour la première fois la malade mange un œuf.

1er juillet. La guérison de la plaie est terminée et la malade se lève. Ses oreilles ne coulent plus et la surdité a presque complètement disparu.

La teinte jaune a fortement diminué. Plus d'hémorragies, plus de douleurs. La malade est enchantée ; depuis plus de sept ans, elle ne s'est jamais aussi bien portée.

6 juillet. La malade a été purgée, ce qui lui donne un accès de fièvre le soir (39°,6).

7 juillet. La température est de retour à la normale, mais l'ictère a augmenté sous l'influence du purgatif.

24 juillet. La malade est dans un excellent état de santé, bien qu'elle soit encore un peu jaune. Pour combattre la constipation qui persiste, on prescrit de grands lavements à l'huile ou à la glycérine avec le plus grand succès.

Le foie a manifestement diminué de volume et n'est en aucun point douloureux à la palpation.

Le résultat est parfait en ce sens que la malade n'éprouve plus aucun phénomène douloureux ou autre. Quant à l'ictère, il va en s'atténuant graduellement, mais lentement. Le foie a considérablement diminué de volume, mais est encore hypertrophié.

La malade est présentée à la Société.

Présentation d'instruments.

M. Chaput présente deux instruments que M. Ollivier a fait construire, savoir :

1° Instrument destiné à stériliser les sondes et canules à injections vaginales.

2° Porte-aiguilles destiné à pincer à la fois les aiguilles ordinaires et celles de Hagedorn.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,

Peyrot.

Séance du 3 octobre 1894.

Présidence de M. J.-L. Championnière

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques parus pendant les deux mois de vacances ;

2° Lettres de MM. Gérard-Marchant et Delorme s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;

3° Lettre de M. Jalaguier demandant un congé d'un mois ;

M. le Président annonce la mort de M. le professeur Hannover (de Copenhague), membre correspondant étranger.

Communication.

M. Monod. Je dépose sur le bureau une observation qu'il me paraît intéressant de rapprocher de celle que M. Schwartz nous a communiquée dans la dernière séance :

Appendicite suppurée chez un enfant en traitement pour une ostéite tuberculeuse du pied. Foyer médian, probablement dans la cavité de Retzins. Incision. Mort trois jours après de méningite tuberculeuse.

B..., jeune garçon de 6 ans. Enfant maigre et chétif. Alité depuis plusieurs mois. Traité par M. le Dr Coudray, par la méthode du professeur Lannelongue, pour une ostéite tuberculeuse du torse, qui est en voie d'amélioration.

Le 14 juin 1892, accidents gastro-intestinaux, qualifiés d'indigestion, avec fièvre et nausées le 15 et le 16, ces accidents s'amendent, l'enfant paraît guéri.

Le 17, crise douloureuse subite, douleur vive dans le flanc droit, le ventre se ballonne; facies pâle, grippé.

Le 18, vomissements, fièvre, le ventre est toujours ballonné, submatité dans le flanc droit. Il y a aussi de la douleur à *gauche.*

Sur le conseil du Dr Valmont médecin ordinaire du petit malade et du Dr Hutinel appelé en consultation, on s'abstient de tout purgatif et on donne de l'ipéca.

Le 22, je vois l'enfant pour la première fois. Bon facies. Pas de vomissements depuis le 18. La température se maintient aux environs de 39°.

Le ventre est gros, mais surtout dans sa partie sous-ombilicale.

Il y a de la submatité dans les deux fosses iliaques, aussi bien à gauche qu'à droite.

On aperçoit comme un épaississement de la paroi abdominale, mais surtout vers la ligne médiane; au-dessus du pubis le gonflement est presque œdémateux. Langue bonne, humide.

23 juin. Légère détente de la température (38°,3) mais même état local.

24 juin. La température est de nouveau remontée à 39°. Crises répétées de coliques.

La tuméfaction est manifestement plus considérable à gauche qu'à droite. Elle forme une saillie *visible.* En même temps, la douleur au palper est plus vive à gauche qu'à droite.

Il n'y a toujours pas de selles. Il est vrai que l'on continue l'opium.

25 juin. Il y a eu cette nuit une selle spontanée abandante sans coliques. Le ventre n'est plus douloureux à la pression et paraît un peu plus souple. Mais il reste tuméfié dans toute sa partie sous-ombilicale avec submatité à gauche et matité à droite, s'étendant jusqu'à la ligne médiane et la dépassant. T. 38°,6.

26 juin. Le ventre paraît moins gros, ce qui est dû sans doute à l'évacuation intestinale d'hier matin qui s'est reproduite hier soir.

Il n'est toujours pas douloureux à pression, sauf en un point à *gauche* de la ligne médiane.

En le palpant, on constate que la fosse iliaque juste au-dessus du tiers externe de l'arcade de Fallope est libre. La résistance n'est perçue qu'à partir du milieu de celle-ci; elle s'élève obliquement en haut et en dedans vers l'ombilic, passe transversalement au-dessous de lui, débor-

dant la ligne médiane dans une étendue de deux à trois travers de doigt pour gagner l'arcade de Fallope du côté opposé. Cette rénitence est surtout manifeste juste au-dessus du pubis, en remontant le long du muscle droit.

A la percussion, la matité constatée hier à droite n'existe plus, on ne retrouve un peu de submatité que juste au-dessus du pubis. L'enfant conserve bon aspect, cependant il maigrit; il présente une légère teinte sub-ictérique.

Le pouls reste à 130 et la température à 39°.

L'examen détaillé rapporté ci-dessus, fait de concert avec les Drs Hutinel et Valmont permet d'affirmer de nouveau la présence de pus et l'urgence d'une intervention.

Celle-ci jusqu'ici repoussée est enfin acceptée.

En raison de la localisation des signes physiques qui n'est pas celle qu'on a l'habitude d'observer dans l'appendicite et des réserves que l'on serait en droit de faire chez un malade affecté d'une carie du pied, lésion qui pourrait être pour quelque chose dans l'élévation de la température, on décide que l'on fera d'abord une ponction exploratrice dans le point où les phénomènes locaux (rénitence et matité) sont le plus accentués.

Opération le 26 juin.

Ponction sur la ligne médiane un peu à droite de celle-ci : *pus*.

Une incision de 4 à 5 centimètres est aussitôt pratiquée le long du bord externe du muscle droit, du côté droit, les tissus profonds un peu infiltrés sont coupés couche par couche, un dernier coup de bistouri ouvre le péritoine, et aussitôt un flot de pus, jaune-vert, très fétide, s'écoule. L'issue du pus a été précédée d'un léger sifflement, dû à la sortie des gaz accumulés dans la cavité, ce qui explique la sonorité constatée le matin remplaçant la matité perçue la veille. Aucun écoulement de matières intestinales.

Le fond de la cavité ainsi ouverte est occupé par une anse intestinale, couverte de grosses granulations sans caractère évident.

J'explore cette cavité avec le doigt, particulièrement à gauche, pour me rendre compte de la cause de la douleur accusée par le malade de ce côté. Je pénètre ainsi dans un second foyer bien limité, d'où s'échappe un nouveau flot de pus.

Du côté droit il n'y a pas à proprement parler de foyer limité, mais seulement un espace ménagé entre la masse intestinale et la paroi abdominale, dans lequel le doigt s'insinue.

Toutes ces parties, et particulièrement la cavité gauche, sont touchées et nettoyées avec une éponge imbibée d'une solution d'oxycyanure de mercure à 1/200.

Deux drains sont placés, l'un dans le foyer de gauche, l'autre sous la lèvre droite de la plaie. La plaie est refermée au-dessus par deux points au crin de Florence. Gaze iodoformée et ouate.

27 juin. P. 112, T. 37,5. L'enfant va bien, ne souffre pas. Plaie en bon état. Les tubes fonctionnent bien, pus abondant, pas de matières intestinales.

28 juin soir. Je suis rappelé et trouve l'enfant sans connaissance,

avec crises convulsives incessantes, strabisme, etc., tous les signes d'une méningite.

J'apprends que dès hier soir il avait un peu de délire, de la dilatation papillaire et du strabisme. Ces phénomènes se sont accentués ce matin et dans la journée.

Mort à 11 heures du soir le 28 juin.

Rapport.

1° *Pseudorhumatisme infectieux précoce dans une dysenterie grave. Arthrite avec épanchement séro-purulent du genou gauche. Arthrotomie. Guérison; — 2° Péritonite à pneumocoques. Incision. Guérison*, par M. le D[r] Brault, médecin major, professeur suppléant à Alger.

Rapport par M. Picqué.

Messieurs, je viens vous rendre compte des observations suivantes qui vous ont été adressées par M. le D[r] Brault, médecin major, professeur suppléant à Alger.

Voici d'abord le résumé de la première observation.

Il s'agit d'un soldat du 12[e] d'artillerie qui entre le 15 mai 1894 à l'hôpital du Dey pour une dysenterie. Il vient d'un camp voisin d'Alger où sévit une importante épidémie.

Cet homme présente les caractères les plus nets de la dysenterie; mais de plus il se plaint depuis la veille du genou gauche qui est le siège d'un gonflement modéré.

Notre confrère s'étend avec raison sur les recherches minutieuses qu'il a faites et qui lui permettent d'éliminer toute idée d'arthrite blennorragique. Le 18 mai, le gonflement péri-articulaire et l'épanchement augmentent, il y a une flexion légère et les mouvements traumatiques sont douloureux. La dysenterie s'améliore mais la température augmente le 19; il y a 40°. Le 20 mai, les phénomènes se sont accentués, l'aspect du malade est typhoïdique.

M. Brault fait alors une ponction articulaire qui donne issue à 200 grammes d'un liquide louche épais séro-purulent.

L'examen histologique ne laisse d'ailleurs aucun doute sur la qualité du liquide et l'examen bactériologique fait après coloration avec la liqueur de Ziehl, décèle l'existence d'un certain nombre de microcoques en chaînette, sans trace d'aucun autre microorganisme.

Notre confrère pratique alors une large arthrotomie suivie de drainage du cul-de-sac de la synoviale et de lavage à la solution phéniquée forte. A la suite de cette intervention la température s'est abaissée progressivement; l'état général s'améliore.

Le 23 juin la cicatrisation est complète : le malade commence à fléchir le membre et tout fait espérer à M. Brault que les troubles fonctionnels seront nuls

Messieurs, cette observation que j'ai résumée le plus possible est en somme un cas, banal aujourd'hui, d'arthrite suppurée guéri par l'arthrotomie et elle mériterait à peine d'attirer votre attention, sans les circonstances étiologiques qui lui ont donné naissance.

L'épidémie de dysenterie qui régnait à ce moment, les symptômes très nets de dysenterie présentés par le malade ne peuvent en effet laisser aucun doute.

Il s'agit bien d'une arthrite dysentérique à forme grave.

Or presque toujours le pseudo-rhumatisme dysentérique est bénin; et les auteurs qui se sont occupés de la question le considèrent comme une localisation rare et tardive, une manifestation de déclin qui survient dans la grande majorité des cas, au début de la convalescence, alors que l'organisme triomphe déjà de la cause infectieuse.

M. Brault, en l'espace de deux ans a traité à l'hôpital du Dey 250 malades atteints de dysenterie qui n'ont fourni à son observateur que 6 cas de pseudo-rhumatisme : 5 fois les choses se sont passées simplement.

Une seule fois, dans le cas que je viens de vous relater, l'arthrite est devenue suppurative et il est intéressant de noter que le fait s'est présenté au cours d'une épidémie très sérieuse où il perdit trois malades offrant la forme algide.

Il ressort, Messieurs, des courtes considérations qui précèdent que l'arthrite dysentérique existe réellement et que contrairement aux données classiques, elle peut être précoce et grave.

C'est là que réside, à mon sens, l'intérêt de l'observation précédente.

L'autre observation n'est pas moins intéressante :

Il s'agit d'un homme de 35 ans qui entre à l'hôpital du Dey le 9 juin 1894 pour une rétention d'urine. M. Brault constate dans la fosse iliaque droite l'existence d'une vaste tumeur qui comprime la vessie et s'étend un peu vers le mésogastre.

Jusqu'en ces derniers temps le malade avait joui d'une bonne santé. En mars 1894 il était entré une première fois à l'hôpital pour un lumbago. L'examen fait à cette époque n'avait révélé aucune trace de tumeur abdominale : il avait quitté le service depuis quelque temps déjà et ne souffrait plus lorsque brusquement, le 10 mai, il ressentit de violentes coliques. Les douleurs étaient surtout intenses un peu au-dessus et en dedans de la fosse iliaque; en même temps que ces douleurs, au dire du malade, il existait des frissons et des vomissements bilieux.

Tous ces accidents ne tardèrent pas à se calmer; mais il se produisit des phénomènes de rétention qui engagèrent le malade à se présenter à l'hôpital.

La tumeur que M. Brault découvrit lors de l'entrée du malade, occupait avons-nous dit toute la moitié inférieure droite de l'abdomen.

Elle disparaît derrière la sangle musculaire quand le malade se redresse. Elle est uniformément mate, immobile, fluctuante. Par le toucher rectal, on sent qu'elle fait profondément saillie dans le cul-de-sac de Douglas.

Il n'existe aucun symptôme appréciable du côté du squelette. Le membre inférieur ne présente rien d'anormal.

L'état général est mauvais et la température oscille aux environs de 38°.

Après avoir successivement éliminé l'adénite iliaque, la psoitis, l'abcès fémoral M. Brault pense à l'appendicite et, malgré certaines réserves, pose le diagnostic de péritonite purulente enkystée d'origine appendiculaire.

Dans ces conditions il propose une intervention au malade qui l'accepte.

Une incision de Schuller longue de 15 centimètres, commençant au milieu de l'arcade et montant verticalement à un travers de doigt environ en dehors du muscle grand droit l'amène facilement sur la poche et donne issue à un litre de pus à odeur infecte.

La poche est formée par une couche uniforme de fausses membranes grisâtres qui cachent sous un épais tapis les anses intestinales. L'abcès bien limité en haut et en dedans plonge bien réellement jusque dans le cul-de-sac de Douglas.

Nulle part, dit M. Brault, on ne trouve trace de l'appendice ou d'un magma pseudo-membraneux le recouvrant. Il est évident que cette constatation ne saurait avoir qu'une valeur relative et je regrette que l'auteur n'ait pas été plus précis dans cette partie capitale de son observation. Quoi qu'il en soit les suites opératoires ont été fort simples; le 23 juin la cicatrisation était complète.

L'examen du pus a démontré l'existence de nombreux diplocoques immobiles; la coloration par le Ziehl ou par la méthode de Gram avec le violet de gentiane fait voir de nombreux cocci tantôt accolés par deux tantôt disposés en courtes chaînettes de 4 ou 6 éléments.

Quelques-uns sont nettement entourés par une capsule. Il est regrettable que M. Brault n'ait pu faire d'inoculation et mettre à profit le réactif par excellence du pneumocoque.

Malgré ces lacunes, cette observation, qui paraît démonstrative, présente un réel intérêt. En effet le péritoine est rarement le siège de l'infection pneumococcique. Il n'existe dans la science que des cas exceptionnels de péritonite primitive pneumococcique chez l'enfant; Sevestre et Galliard en ont cité des cas connus de tous; chez l'adulte, on a observé surtout des péritonites secondaires au cours ou dans le déclin de pneumonies franches. Tels les cas de

Cornil et de Nélaton. Dans les cas de Boulay et Courtois Suffit, il existait en même temps une méningite à pneumocoques et dans plusieurs de ces faits il ne s'agit que de péritonites séreuses ou sérofibreuses.

Chez l'adulte, il semble qu'on n'ait pas eu encore l'occasion de constater une péritonite suppurée primitive pure due au microbe de Fränkel, c'est pourquoi le cas de Brault est intéressant à retenir.

Pourquoi cette forme de péritonite est-elle si rarement observée? est-elle rare en réalité ou peut-elle se confondre avec d'autres lésions ?

Dans le cas de M. Brault, on avait au début pensé à une appendicite et l'auteur croit que dans certains cas peut-être, où l'on ne trouve aucune lésion apparente de l'appendice, il serait utile de pratiquer l'examen bactériologique du pus. Sans aller jusqu'à dire que des péritonites de cette nature ont pu être prises pour une appendicite, je pense, en effet, que cette recherche peut rendre des services dans des formes d'appendicite jugées anormales cliniquement.

Quoi qu'il en soit, le pronostic de cette forme de péritonite serait bénin à la condition d'être traitée hâtivement par la laparotomie. Le malade de M. Sevestre, qui fut opéré par M. Championnière, guérit rapidement, et il en fut de même dans l'observation que je viens de vous présenter.

Je vous propose, Messieurs : 1° d'adresser des remerciements à l'auteur ; 2° de déposer ses deux observations dans nos archives; 3° de l'inscrire dans un rang honorable sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national de la Société.

Communication.

Nouveau procédé de cheiloplastie par emprunt à la lèvre saine.

Par M. Larger.

Dans les procédés classiques de cheiloplastie par les trois méthodes : française, indienne et italienne, on arrive à combattre tant bien que mal les pertes de substance des lèvres supérieure et inférieure; mais la nouvelle lèvre ainsi obtenue, au prix de délabrements parfois considérables et d'opérations compliquées, ne rappelle que de fort loin l'organe qu'elle remplace. Ce n'est souvent qu'un morceau de peau lequel s'atrophie plus ou moins, de façon à ne pas toujours cacher les dents, un opercule inerte ne jouant aucun rôle fonctionnel et ne permettant pas au malade de retenir sa salive

De plus, les tractions qu'il a fallu opérer pour rapprocher le ou les lambeaux, déforment la bouche, la rendent asymétrique, et surtout déterminent une saillie considérable, en forme de *lippe*, de la lèvre saine, laquelle paraît comme éléphantiasique et souligne d'autant la rétraction cicatricielle subie par la lèvre restaurée.

On peut dire que si les premiers inconvénients sont plus ou moins atténués dans les divers procédés, le dernier défaut signalé leur est fatalement commun à tous.

De ces considérations est née sans doute l'idée d'emprunter un lambeau à la lèvre saine, idée qu'a eue tout d'abord Stein, de Copenhague (Vidal de Cassis, *Traité de pathologie externe*, 5e édit., t. III, p. 559), et qu'a ensuite imitée, en la simplifiant, Estlander [Méthode d'autopl. de la joue ou d'une lèvre par un lambeau emprunté à l'autre lèvre (*Revue mensuelle*, 1re année, 1877, p. 344; antérieurement in *Archives de Langenbeck*, 1872)].

Stein procédait en deux temps. Dans un premier temps, il taillait deux lambeaux triangulaires dans le milieu de la lèvre saine, et, leur faisant subir à chacun un mouvement de torsion d'une demi-circonférence, les fixait aux deux bords du V de la perte de substances de la lèvre malade. Dans un deuxième temps, il coupait les deux pédicules des lambeaux et les soudait par le milieu,

En raison de sa complexité, et peut-être pour d'autres raisons encore, le procédé de Stein ne paraît avoir été adopté ni en France, ni à l'étranger.

Au lieu de deux lambeaux triangulaires, Estlander n'en taille qu'un seul; au lieu de le dessiner sur milieu de la lèvre saine, il le prend de côté, au niveau de la commissure labiale, sur la lèvre et la joue.

C'est une simplification, mais voici au prix de quels inconvénients elle est obtenue, si j'en juge d'après les observations d'Estlander lui-même, car je n'ai personnellement aucune expérience du procédé et j'ignore les résultats qu'il a pu donner en d'autres mains:

Pour fixer son lambeau au V de la perte de substance de la lèvre malade, Estlander est obligé de tordre la base de ce lambeau, non plus d'une demi-circonférence comme Stein, mais bien de trois quarts de circonférence, et cela d'autant plus que l'espace à combler est plus considérable en largeur.

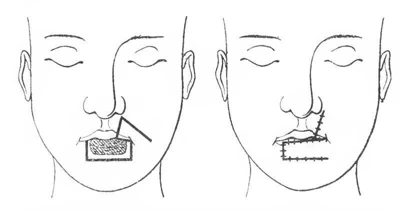
Il en résulte, ainsi que l'auteur le constate d'ailleurs lui-même : 1° que « le lambeau enfle beaucoup, à cause de la difficulté de la « circulation de retour » (*loc. cit.*); 2° que la bouche est tirée fortement de travers, au point de devenir tout à fait asymétrique, si bien que ce n'est que « 2 ou 3 ans après que la bouche a repris *à peu près* sa place première » (Estlander, *loc. cit.*).

Un autre reproche dont le procédé Stein-Estlander me paraît

passible, est le suivant : Le lambeau ne pouvant être taillé que triangulairement, la perte de substance devra nécessairement l'être aussi ; de là des sacrifices inutiles de lèvre saine, surtout si la perte de substance est séparée du lambeau par un pont de lèvre normale. De plus, en cas de lésion étendue à la plus grande partie de la lèvre (comme dans le fait dont il va être question), un seul lambeau sera insuffisant, il faudra en tailler un de chaque côté, ce qu'aussi bien Estlander recommande de faire.

Le procédé que j'ai imaginé, il y a quelques années déjà, et que je viens de mettre en pratique pour la première fois ces jours derniers, a pour but d'éviter les différents inconvénients signalés ci-dessus.

Il s'agit d'un homme de 73 ans, grand fumeur de pipes à court tuyau, et atteint d'un épithélioma de la lèvre inférieure. Cet épithélioma, vierge de tout traitement, de date récente, sans retentissement ganglionnaire apparent, présentait le volume et la forme de trois marrons s'étendant transversalement en chapelet sur environ les deux tiers gauches de la lèvre, ainsi que le constate la pièce anatomique que voici.



Je fendis verticalement la lèvre malade des deux côtés de la tumeur, l'incision de gauche partant de la commissure, l'incision de droite de l'union des trois quarts gauches avec le quart droit de la lèvre inférieure. Ces deux incisions perpendiculaires à une troisième incision horizontale au niveau du sillon labio-mentonnier. Je déterminai ainsi une perte de substance rectangulaire des trois quarts de la lèvre inférieure, dans toute sa hauteur.

Pour combler cette perte de substance, voici comment je procédai.

1re incision, partant de l'union du tiers gauche avec les deux tiers droits de la lèvre supérieure, dirigée vers le bord de l'aile gauche du nez, comprenant toute l'épaisseur de la lèvre, jusque et y compris le cul-de-sac de la muqueuse buccale ;

2e incision, partant de l'extrémité supérieure de la précédente et dirigée en bas, parallèlement au pli naso-labial, jusqu'à un point de la joue situé un peu au-dessous du niveau de la commissure labiale gauche.

Le lambeau ainsi formé est largement vascularisé et tombe pour ainsi dire par son propre poids, sans effort de torsion appréciable, sur la perte de substance de la lèvre inférieure; d'où, facilité de la circulation de retour. Il convient de remarquer aussi que, en raison de l'élasticité extrême du tissu des lèvres, le lambeau peut être taillé *plus petit* que la perte de substance à combler, contrairement à ce qui a lieu dans les autoplasties en général où, en vue de la rétraction cicatricielle du lambeau, il faut toujours tailler celui-ci *trop grand*. Le délabrement est donc toujours minimum dans ce procédé.

Le lambeau est ensuite suturé par ses trois bords, après avivement de son bord inférieur (lequel est formé par le rebord muqueux de la lèvre supérieure, qu'on supprime pour le fixer à la branche horizontale de la perte de substance rectangulaire de la lèvre inférieure). Quant au bord supérieur de ce lambeau, il est légèrement évidé de façon à permettre la suture de la muqueuse buccale avec la peau, et de constituer ainsi un rebord muqueux à la nouvelle lèvre inférieure.

Enfin l'incision de la lèvre supérieure est suturée verticalement à celle de la joue, pour combler l'hiatus déterminée par la taille du lambeau. Deux autres points de suture servent à former la nouvelle commissure gauche.

Les photographies que je présente faites aux quatrième et huitième jours après l'opération, lors de l'ablation des fils (crins de Florence), prouvent, je crois, que le résultat est satisfaisant.

Il y a, en effet, absence complète de tout gonflement du lambeau, les dents sont bien couvertes, la saillie des deux lèvres est uniforme, sans *lippe* de la lèvre saine. La régularité et la symétrie de la bouche ne laissent guère à désirer, contrairement à ce qu'on aurait pu croire *à priori :* c'est que les tractions exercées par les sutures sur chacune des commissures labiales s'opèrent en sens contraire et partant se neutralisent. Enfin, — et c'est le point le plus important, — la salive est absolument retenue par une lèvre contractile, et la mastication, la phonation aussi s'opèrent normalement, ainsi qu'on pourra le constater sur le malade que je présenterai dans l'une des prochaines séances.

Dans le cas de perte de substance de la LÈVRE SUPÉRIEURE, *de* BEC-DE-LIÈVRE, etc, voici les modifications que subirait le procédé :

1° Avivement de la perte de substance;

2° Incision verticale à partir de la commissure du côté où la lèvre supérieure est le mieux conservée;

3° Fixation latérale du lambeau labial ainsi formé;

4° Pour combler la perte de substance nouvelle, de forme triangulaire :

Tailler un lambeau horizontal triangulaire sur la *lèvre inférieure*, ayant son sommet à la commissure et sa base plus ou moins rapprochée du milieu de cette lèvre;

Aviver le rebord muqueux de ce lambeau ;

Ramener le lambeau en haut, pour le fixer aux deux bords de la nouvelle perte de substance.

Si la destruction de la lèvre supérieure était très étendue, au point d'empiéter sur les joues, on taillerait de chaque côté les lambeaux de Sédillot, avec, de chaque côté aussi, un petit lambeau triangulaire aux dépens de la lèvre inférieure.

Discussion.

M. Berger. Je n'ai pas l'intention de discuter à fond, à propos du fait de M. Larger, la question des cheiloplasties. Je dois apporter ces jours-ci au Congrès de Lyon un travail sur ce sujet. Je ne puis m'empêcher pourtant de faire en passant une objection à la manière d'opérer qui vous a été exposée.

Dans la restauration des lèvres on n'est jamais en peine pour trouver de la peau. Ce qui fait défaut c'est l'orbiculaire et le revêtement muqueux. L'orbiculaire n'est pas facile à remplacer; mais il faut au moins retrouver un revêtement muqueux. Or je trouve que M. Larger a fait trop bon marché du bordage muqueux de la lèvre. Il le supprime purement et simplement dans son avivement. Pour mon compte je ferais l'avivement autrement sans supprimer ce bordage muqueux. Je le détacherais seulement en partie de façon à pouvoir m'en servir en même temps que j'utiliserais de la façon indiquée le reste du lambeau.

M. Kirmisson. L'objection de M. Berger m'était aussi venue à l'esprit. Je ferai remarquer de plus que dans ce procédé la musculature et l'innervation de la lèvre supérieure sont gravement intéressées. Il me semble qu'un procédé semblable, dans lequel en somme on découvre toujours Pierre pour recouvrir Paul ne représente pas un progrès.

M. Larger. Je pense que si j'avais conservé le rebord muqueux que M. Berger m'objecte d'avoir laissé perdre, j'aurais eu un bourrelet disgracieux. Mon malade, comme il est facile de le voir sur la photographie, a une lèvre fort bien bordée de muqueuse.

Je n'ai à répondre à M. Kirmisson que ceci : ses objections sont théoriques. Le fait démontre que l'orifice buccal nouveau fonctionne très bien. L'opéré retient parfaitement sa salive.

Lectures.

1° *Un cas de pleurésie purulente traité par la large ouverture et la décortication de la plèvre*, par M. Sorel, médecin au Havre (M. Delorme, rapporteur).

2° *Sur les pseudo-infections puerpuérales d'origine intestinale*, par M. Sorel (M. Ricard, rapporteur).

Rapport.

Sur un procédé nouveau de résection du rectum, par M. Moulonguet.

Rapport par M. Routier.

Messieurs, avant la période des vacances, je vous ai présenté un malade qui avait été opéré d'un cancer du rectum par notre confrère d'Amiens, M. le Dr Moulonguet, le résultat était des plus satisfaisants, je viens aujourd'hui vous présenter un rapport sur cette opération.

C'est une modification des divers procédés connus, une combinaison des diverses méthodes.

Pour pouvoir atteindre les cancers élevés, M. Moulonguet emprunte à Kraske la résection sacro-coccygienne plus ou moins étendue suivant les besoins du cas; redoutant d'autre part la suture intestinale dont on fait suivre la résection du néoplasme, l'auteur conseille l'extirpation intra-sphinctérienne de tout le bout inférieur du rectum, et attire en son lieu et place le bout supérieur qui a été sectionné par l'ablation du cancer; ce bout supérieur attiré à travers la boutonnière anale du sphincter est suturé à la peau de la marge à l'anus; le sphincter est conservé tout autour, et on n'a pas à craindre les phlegmons stercoraux, l'épanchement de matières dans le péritoine, etc., etc.

Du reste, voici comment l'auteur formule son procédé.

Je crois qu'il existe un moyen simple de parer en grande partie à ces accidents et qu'on peut, avec avantage, renoncer à la suture des deux bouts de l'intestin.

En présence d'un cancer du rectum étendu ou situé haut on n'hésitera pas à pratiquer d'emblée le premier temps de l'opération de Kraske. Il n'est pas utile que l'incision cutanée descende jusqu'à l'anus, on peut s'arrêter à 3 ou 4 centimètres plus haut pour être certain de laisser intactes les fibres sphinctériennes; on reséquera le coccyx et une

portion du sacrum aussi considérable que besoin est. Pour ce premier temps de l'opération le malade sera placé, comme le veut Kraske, dans le décubitus latéral droit.

Puis on placera le malade dans le décubitus dorsal, le siège au bord du lit, les cuisses fortement relevées, et on se mettra en mesure de sacrifier le bout inférieur du rectum, bien qu'il soit indemne. On disséquera l'anus et ce bout inférieur en ayant soin de ne pas intéresser les fibres du sphincter anal, et on continuera la dissection de l'intestin par la voie sacrée largement ouverte, jusqu'à ce qu'on arrive au-dessus des limites du cancer; à ce niveau on sectionnera transversalement l'intestin, et on enlèvera toute la masse cancéreuse.

Attirant alors le bout supérieur de l'intestin on l'invagine de haut en bas dans l'orifice sphinctérien. Cet abaissement de l'intestin est facile, car au cours de la dissection il a fallu désinsérer le péritoine pour dépasser le cancer. L'introduction du bout intestinal dans l'orifice sphinctérien est plus délicate, car le sphincter a conservé toute sa tonicité; de plus il faut prendre la précaution de laisser à l'intestin sa situation normale, de ne pas le tordre sur lui-même, de placer en avant sa face antérieure et, en arrière, sa face postérieure. Pour pratiquer ce temps de l'opération on pourra saisir une des lèvres de l'intestin et l'attirer avec une pince introduite dans l'orifice anal; avec les doigts de la main droite passée dans l'ouverture sacrée on facilitera cette manœuvre. Il ne reste plus qu'à suturer avec un grand soin le bout intestinal au pourtour avivé de l'anus. Introduisant alors le doigt dans l'intestin on pourra s'assurer que sa cavité est libre et que le sphincter a conservé toutes ses propriétés.

Il est bon, quand on le peut, de suturer le péritoine, bien que dans ce cas la précaution paraisse moins indispensable que si on a conservé le bout inférieur de l'intestin et sondé les deux segments. On ne craint pas, en effet, les ruptures ni les fistules stercorales, puisque l'intestin s'ouvre directement à l'extérieur; d'autre part, je ne serais pas étonné que la tonicité du sphincter fut suffisante pour empêcher le prolapsus de l'intestin, même lorsque ce dernier est privé de son attache péritonéale.

Quant à la plaie périné-sacrée, on la réunit et on place un drain dans la partie déclive. Je crois que la compression par le bandage du pansement, succédant à la forci-pressure et au besoin à quelques ligatures est suffisante pour parachever l'hémostase; sinon on peut bourrer de gaze iodoformée faible la cavité rétro-intestinale.

M. Moulonguet l'a tenté deux fois; dans un premier cas, en 1890, il a eu un insuccès, mais vraiment indépendant à la méthode, il s'agissait d'un homme de 54 ans qui depuis quatre jours présentait des symptômes d'occlusion intestinale, dus à un néoplasme qui non seulement avait envahi le rectum, mais encore les vaisseaux et les ganglions lymphatiques, tout le petit bassin était plein. Le malade mourut de choc quinze heures après l'opération.

Dans son second cas qui remonte à mai 1894, le sujet n'était pas non plus très brillant :

Il s'agissait d'un homme de 38 ans, tuberculeux depuis l'âge de 19 ans, qui depuis sept mois environ, avait une diarrhée perpétuelle mélangée de sang.

L'examen du rectum fit reconnaître un néoplasme à 1 centimètre au-dessous de l'anus, remontant à 7 ou 8 centimètres au-dessus, mais limité aux faces droite et postérieure.

M. Moulonguet lui appliqua son procédé, les suites opératoires furent bonnes, et c'est ce malade que j'ai pu vous présenter en juillet.

Quand on le touchait, on pouvait constater la réelle existence du sphincter, le malade ne perdait du reste pas ses matières.

Le résultat était bon, mais ce procédé est-il applicable aux cas visés par Kraske, c'est-à-dire aux cancers hauts du rectum, je ne le crois pas :

Dans le cas de M. Moulonguet, c'était un cancer bas, dont l'extrémité supérieure était à 8 centimètres de l'anus, et l'extrémité basse à 1 centimètre. Il eût été très difficile sinon impossible d'exécuter le procédé de Kraske; on n'aurait pas eu de bout inférieur, mais et c'est surtout le point sur lequel je veux insister, ce cancer étant bas, était dans la position du rectum extra-péritonéale, il a fallu en réséquer peu et ainsi on a pu faire descendre le bout supérieur du rectum jusqu'à l'invaginer dans le sphincter débarrassé de sa partie intestinale.

Mais si on s'adresse aux cancers hauts, à ceux dont l'extrémité inférieure commence à 5, 6, 7 centimètres de l'anus, pour peu que le cancer ait lui-même les mêmes dimensions, on voit quelle quantité d'intestin il faudrait sacrifier, il m'est arrivé d'avoir toutes les peines du monde à faire descendre le bout supérieur au contact du bout inférieur conservé après résection, qu'aurais-je fait si j'avais sacrifié ce bout inférieur.

Quoi qu'il en soit, en face surtout des résultats obtenus, c'est un procédé à connaître et à adapter aux divers cas qui se présentent, notamment à ceux dans lesquels la partie sous-jacente au néoplasme est très courte, et dans lesquels en outre, le néoplasme n'a pas une trop grande hauteur.

Présentation de pièces.

M. Quénu présente un chondrome du voile du palais qu'il a extrait par la voie sous-maxillaire.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel, Peyrot.

Séance du 17 octobre 1894.

Présidence M. J.-L. Championnière.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Les journaux et publications périodiques des deux semaines précédentes.

Communication.

Sur le traitement radical du cancer du côlon.

Par M. Demons (de Bordeaux).

Le nombre des interventions chirurgicales ayant pour but la cure radicale du cancer du côlon n'est pas encore très grand, bien qu'on rencontre assez souvent cette maladie dans la pratique.

On en comprendra les raisons. Les difficultés du diagnostic portant à la fois sur la nature du mal et sur son siège surtout dans les premières périodes, les meilleures pour l'action ; la possibilité de pallier plus ou moins convenablement la plupart des accidents produits, soit par un traitement médical, soit par des opérations relativement plus faciles et moins graves ; et enfin la répugnance du chirurgien à entreprendre une opération longue, délicate, très sérieuse, contre une maladie qui, en mettant les choses au mieux, aura encore une fâcheuse tendance a récidiver ou à produire l'infection et la cachexie. Ce n'est pas seulement ici que nous nous trouvons en face de la question ainsi posée, et comme ailleurs elle nous rend perplexes. Cependant, à mon avis, le chirurgien doit être encouragé à chercher une guérison complète dans bon nombre de cas. Le cancer du côlon frappe souvent des personnes d'un âge peu avancé ; il reste assez longtemps une affection purement locale ; il est souvent d'un accès commode, et ses limites peuvent être largement dépassées ; l'opération n'est pas toujours hérissée de

difficultés, ni entourée d'écueils. A ces derniers points de vue, il est bien supérieur, si je puis parler ainsi, au cancer étendu du rectum devant lequel nous avons appris à ne plus reculer. Et enfin, il suffit d'avoir suivi jusqu'au bout, chez quelques infortunés, l'évolution naturelle de cet horrible mal, pour se sentir envahi par l'intense désir de chercher à en arrêter la marche.

Je laisse de côté, naturellement, tous les cas, encore trop nombreux, dans lesquel une intervention radicale n'a pas ou a trop peu de chances de succès.

Evidemment, les cas de cette espèce assombrissent singulièrement les statistiques déplorables publiées jusqu'à ce jour. Puisque la nature du mal constitue à elle seule un si redoutable adversaire, il faut, pour lutter avec quelque espoir, réunir un faisceau solide de conditions favorables : Tumeur limitée, mobile ou mobilisable, sans infection ni état cachectique, ni complication, chez un sujet assez jeune et assez vigoureux.

Ainsi se trouve exigée la formation d'un diagnostic suffisamment précis. Très justement ce premier écueil est l'un des plus redoutables. Car nous le savons tous, et nous savons aussi pourquoi, le cancer du côlon ne se traduit souvent que tardivement par des symptômes significatifs, ou ne se révèle brusquement que par un accès d'obstruction intestinale, ou bien par l'apparition de l'état cachectique.

Conséquemment, plus d'une fois, l'occasion propice nous glisse entre les mains. Je ne saurais trop insister sur l'utilité de la laparotomie exploratrice dans certains cas douteux : elle garde ici son innocuité habituelle ; elle permet souvent d'arriver à un diagnostic précis, et peut constituer le premier temps d'une opération plus complète. Je l'ai pratiquée plusieurs fois en pareille occasion, toujours sans danger, le plus souvent avec profit.

Ceci posé, et les conditions que j'ai réclamées se trouvant réalisées, que faut-il faire ?

L'abstention chirurgicale doit être mise de côté, et le traitement palliatif par la création d'un anus artificiel doit être également rejeté. Je sais bien qu'à l'heure actuelle, dans le cancer du pylore, qui peut être rapproché du cancer du côlon, — les chirurgiens ont une tendance de plus en plus marquée à préférer la gastro-entérostomie à la gastrectomie. La situation n'est pas absolument la même.

D'une part, la gastrectomie est plus difficile et plus grave que la gastro-entérostomie ; d'autre part, le bénéfice de la gastro-entérostomie, quand il est réalisé, est assuré sans infirmité aucune. Il n'y a pas entre la colotomie et la colectomie une différence aussi tranchée aux points de vue de la difficulté et de la gravité, et

l'anus artificiel constituera toujours une infirmité déplorable. Et en fin de compte, l'extirpation complète du néoplasme garde le prestige que porte avec elle toute opération radicale.

Ce premier point admis, faut-il tenter l'opération dite idéale, constituée par la résection de la portion d'intestin malade, la suture, la réduction de l'intestin et l'occlusion de la plaie abdominale ?

Cette manière d'agir est très séduisante : elle donne dans les cas les meilleurs, une guérison rapide et brillante. Elle devra sans doute être considérée comme la méthode de choix dans un certain nombre de faits particulièrement favorables.

Mais les statistiques démontrent que, dans au moins la moitié des cas, elle a fourni des résultats très fâcheux. La longueur et les difficultés de l'opération ont produit le choc ou la péritonite, ou bien, malgré les soins apportés à la confection de la suture, on a vu survenir des ruptures de l'intestin plus ou moins étendues, des phlegmons sous-péritonéaux, des fistules stercorales ; enfin, il est devenu impossible de surveiller la récidive.

Certaines manœuvres auxiliaires, telles que la fixation de l'intestin à la paroi abdominale, l'introduction d'un drain, l'iléo-colostomie complémentaire, la colostomie préalable, etc., n'ont pas amélioré la situation. Il est vrai que les statistiques sont encore peu nombreuses et embarrassées de faits disparates.

J'ai pratiqué cette année même une opération de cette espèce.

Il s'agissait d'une jeune femme de 36 ans, qui portait dans le flanc droit une tumeur douloureuse dont le début paraissait remonter à trois ans. Cette tumeur fut prise pour le rein déplacé. Et de fait, il existait un certain degré d'ectopie rénale. Chose curieuse, la même erreur avait déjà été commise, dans la même salle et dans des conditions tout à fait semblables.

Le 28 juin 1894, l'opération de la néphrorraphie fut entreprise. Chemin faisant, le diagnostic fut rectifié, l'incision première, qui avait servi en réalité d'incision exploratrice, fut agrandie en bas et en avant, le péritoine fut incisé. A travers cette large ouverture le néoplasme fut facilement amené au dehors et l'opération put être achevée si commodément que cette incision postéro-latérale peut être regardée comme une voie d'accès très favorable.

Cette tumeur occupait la partie inférieure du côlon ascendant. Une pince caoutchoutée étant placée sur le côlon au-dessus du néoplasme, et une autre sur l'extrémité de l'iléon, la tumeur, le cæcum et l'appendice furent enlevés. Je sectionnais obliquement l'iléon afin de donner au nouvel orifice de l'intestin grêle des dimensions suffisantes pour faciliter son adaptation à l'ouverture du côlon. Cette adaptation et l'entérorraphie circulaire purent être faites, en effet, sans tiraillement et sans plicature, au moyen de sutures muco-muqueuses et séro-séreuses

très rapprochées. Fil de soie passé dans le meso-côlon pour fixer l'intestin derrière la paroi abdominale. Petit drain. (La tumeur enlevée mesurait 10 centimètres de longueur, c'était un épithélioma cylindrique.)

Les suites de l'opération furent bonnes, en ce sens qu'il ne survint aucun accident sérieux. Mais si la plaie se réunit par première intention, l'ouverture par laquelle passait le drain resta fistuleuse. Encore aujourd'hui, il sort chaque jour par cette petite fistule une petite quantité de pus légèrement coloré par les matières fécales. On sent, par la palpation dans la fosse iliaque droite un empâtement diffus. Les garde-robes s'effectuent régulièrement sans que les matières fécales soient jamais mélangées de sang ou de pus.

L'état général est très bon.

Voilà, certes, un résultat assez satisfaisant, malgré la présence de la fistulette consécutive à l'opération et qui, je l'espère, s'oblitérera spontanément. Je pense aussi que l'empâtement signalé n'indique pas la formation d'un noyau de récidive, parce que les garde-robes sont normales, et qu'il n'existe aucun autre signe pouvant faire connaître une reproduction du mal. Néanmoins je ne saurais être tout à fait affirmatif sur ce point.

J'aurais pu être tenté d'utiliser le bouton de Murphy. Il est certain que l'emploi de cet instrument ingénieux se présente ici sous un aspect favorable, les dimensions du gros intestin permettant d'espérer la sortie facile du bouton. Les expériences pratiquées sur les animaux, notamment par M. Villard (de Lyon) (8e *Congrès de chirurgie*, 1894), les faits observés sur des malades et publiés tout récemmentdans le *Centralblatt für Chirurgie*, sont très encourageants. Mais j'ai observé dernièrement deux cas qui ont jeté quelques doutes dans mon esprit. Sur deux femmes atteintes du cancer du pylore, j'ai pratiqué la gastro-entérostomie en me servant du bouton de Murphy.

L'opération fut vivement menée, et le résultat immédiat fut véritablement merveilleux.

La première malade, après une première période post-opératoire de quelques jours très satisfaisante, mourut de péritonite purulente au bout de huit jours. Les parois stomacales étaient sphacélées dans une assez grande étendue au niveau et autour du point de jonction des deux portions du bouton. La cavité stomacale était largement ouverte.

Les choses se passèrent de la même manière chez la seconde malade. Mais l'autopsie ne put être faite.

Peut-être avais-je employé un bouton trop volumineux ; peut-être l'avais-je serré trop énergiquement.

A côté de ce cas dans lequel j'ai tenté la cure radicale d'un can-

cer du côlon par l'opération « idéale », je puis en citer un autre où j'ai procédé autrement. Après avoir fait l'ablation de la tumeur, j'ai créé *in situ* un anus contre-nature, et plusieurs mois après, j'ai fermé cette ouverture artificielle.

Il s'agit d'une femme de 60 ans, auprès de laquelle je fus appelée par mon ami, le docteur Salles. Elle souffrait depuis plusieurs mois d'alternatives de constipation douloureuse et de diarrhée; on sentait dans le flanc gauche une vague tumeur descendant vers la fosse iliaque. Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Résection d'une portion de l'extrémité inférieure du côlon descendant mesurant 10 centimètres et portant un épithélioma cylindrique.

Le méso-côlon adjacent qui commençait à être envahi fut également réséqué. Puis les deux extrémités intestinales furent amenées au contact l'une de l'autre dans la plaie des parois abdominales et y furent fixées. Aucun accident ne survint.

La malade se rétablit fort vite, et l'anus contre-nature fonctionna de la manière la plus régulière sans aucune complication fâcheuse. L'opération avait été faite le 7 juin 1893.

Le second temps de l'opération, c'est-à-dire l'occlusion de l'anus artificiel ne fut tentée que six mois plus tard, le 2 décembre 1893, alors qu'il parut bien démontré qu'il n'existait aucune tendance à la récidive.

La malade n'ayant pas pu supporter l'application de l'entérotome de Dupuytren, l'éperon fut sectionné avec des ciseaux et l'anus fut fermé par le procédé de M. Chaput.

Cette tentative réussit à souhait. Huit jours plus tard, la plaie était réunie par première intention. Depuis ce moment, jusqu'à ce jour, l'état général et l'état local sont restés excellents à tous les points de vue [1].

Cette méthode en deux temps peut être encore rendue plus facile et moins dangereuse dans certains cas par la modification employée par M. Bloch, de Copenhague, et par M. Reclus, et qui consiste à fixer préalablement la tumeur en dehors du ventre, comme on fait dans le procédé Maydl-Reclus lorsqu'on veut créer un anus artificiel sur une portion saine du gros intestin.

Si je considérais les faits observés par moi et les statistiques publiées, je serais donc tout disposé à donner la préférence à la méthode en deux temps. Elle a donné jusqu'ici plus de succès; il est vrai que le nombre des cas est encore très restreint; elle demande moins de temps, elle expose moins au choc opératoire et à la péritonite, elle permet de mieux surveiller la récidive. Mais d'un autre côté, elle condamne pendant quelque temps les malades à une infirmité très désagréable, et elle nécessite deux

[1] Les observations détaillées seront publiées très prochainement dans la thèse de M. Chavannaz (de Bordeaux).

opérations dont la dernière n'est pas toujours sans danger et ne donne pas constamment un résultat satisfaisant.

J'espère que les progrès rapides de la technique parviendront à lui faire préférer la méthode « idéale » et que nous arriverons bientôt à guérir par des interventions brillantes et sûres un certain nombre de malades condamnés sans nous à une mort horrible.

Lectures.

1° *Section intra-cranienne du trijumeau avec extirpation du ganglion de Gaser par le procédé de Doyen (de Reims)*, par M. DENNETIÈRE (M. Gérard-Marchant, rapporteur).

2° *Abcès otitique du cerveau; trépanation; guérison*, par M. MIGNON, agrégé au Val-de-Grâce (M. Picqué, rapporteur).

Rapport.

Sur quatre observations de cystostomie sus-pubienne chez des prostatiques, pratiquées par M. le Dr LEJARS, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé.

Rapport par M. TUFFIER.

Le rapport dont vous m'avez chargé à propos de quatre observations de notre collègue Lejars me donne l'occasion d'aborder une question à l'ordre du jour de la chirurgie urinaire : la cystostomie chez les prostatiques. Cette opération est bien ancienne, puisque après Méry et J.-L. Petit, qui ponctionnaient la vessie par la voie sus-pubienne dans ces cas, Sédillot, en 1856, pratiquait la taille hypogastrique pour ouvrir une voie de suppléance à l'urètre devenu imperméable, mais elle était quelque peu abandonnée quand M. le professeur Poncet (de Lyon) et Mac Guire (de Richmond) la remirent en honneur, en montrèrent toute l'importance et tout le bénéfice que pouvaient en retirer les malades. Ces chirurgiens ont ainsi provoqué toute une série de travaux successifs du plus haut intérêt et dans lesquels la question a été complètement traitée. Le seul point qui mérite actuellement notre attention, est aussi celui qui est le plus gros de conséquences, il a trait aux *indications opé-*

ratoires. Aussi je veux seulement ajouter aux trois faits de M. Lejars (car l'une de ses observations a trait à la ponction vésicale avec drainage) ceux qui me sont personnels, et rapprochant le tout des cinquante-neuf observations détaillées que j'ai pu réunir, essayer de tirer quelques conclusions pratiques.

Nous devons d'abord bien préciser la valeur des mots : la cystostomie, telle que nous l'a présentée (en 1888) M. Poncet est une fistulisation définitive bien différente de la cystostomie dont il nous parle en 1894 [1], et qui n'est plus qu'une ouverture temporaire de la vessie analogue à celle que nous employons depuis longtemps dans certains cas de cystite douloureuse.

Les faits que nous a remis notre collègue sont déjà connus.

Ses trois malades ont été opérés par le procédé de Poncet (Voy. *Sem. méd.*, p. 452, 1894). J'en résume les traits principaux. Il s'agit dans ces trois observations de vieillards atteints d'hypertrophie de la prostate compliquée de rétention complète ou incomplète de l'urine avec ou sans accidents infectieux vésicaux et généraux. L'histoire de ces malades diffère en ce que, chez deux d'entre eux les accidents étaient déjà anciens et se compliquaient même dans un cas de calculs de la vessie, et c'est pour remédier à *l'état infectieux* progressivement croissant que notre collègue dut intervenir ; chez le troisième, la *rétention* était complète, aiguë, la voie urétrale impraticable, les symptômes graves menaçaient d'emporter le malade, l'incision hypogastrique de la vessie arrêta les accidents. De ces trois malades, l'un, âgé de 67 ans, opéré pour des accidents infectieux réno-vésicaux datant de deux ans, succomba au cinquième jour et l'autopsie démontra l'existence d'une pyélonéphrite double et déjà ancienne. Les deux autres vivent avec une fistule urinaire sus-pubienne permanente et partiellement incontinente.

Ces trois observations, bien que l'origine des accidents soit la même, bien qu'il s'agisse d'une hypertrophie de la prostate, ne sont pas comparables. Elles doivent être séparées parce que l'opération a répondu dans ces trois cas à deux indications absolument différentes, et je crois qu'il est de toute nécessité de séparer les cystotomies pratiquées d'urgence dans le cas de rétention aiguë d'une urine septique ou aseptique, et celles qui s'adressent à des malades qui n'ont pas de rétention complète et chez lesquels ce sont des accidents infectieux ou autres qui commandent l'intervention. Si bien que pour essayer de poser des indications opératoires, il faut établir, comme nombre d'auteurs l'ont fait, des catégories bien distinctes : prostatiques avec rétention complète aiguë ou

[1] *Gazette hebdomadaire*, 16 juin 1894.

chronique, aseptique ; prostatiques avec rétention complète aiguë ou chronique septique. Enfin il faut ranger à part les prostatiques avec accidents infectieux, mais sans rétention complète, et les prostatiques calculeux. Ces distinctions sont indispensables pour établir le bilan de cystostomie et ses indications. Envisagés en bloc les résultats opératoires et thérapeutiques ne peuvent permettre aucune conclusion capable de faire avancer la question ; les observations sont actuellement encore bien insuffisantes pour répondre à toutes les distinctions qui se posent pour chacune de ces catégories de malades ; aussi ne m'occuperai-je que de celles qui me paraissent les plus faciles à résoudre, et la tâche est encore bien lourde.

I. — Un prostatique est pris subitement d'une *rétention aiguë* d'urine, rien dans son passé ne permet de croire à une infection vésicale, le traitement médical et le cathétérisme suffisent à lever la rétention dans l'immense majorité des cas, et pour ma part je n'ai jamais été obligé de pratiquer la cystostomie ou la ponction hypogastrique dans de pareilles circonstances, et je vois avec plaisir qu'aucune opération de notre collègue Lejars ne s'adresse à cet accident. La question est tout autre si ce même prostatique a été l'objet de *tentatives infructueuses* de cathétérisme ayant abouti à la production de fausses routes. La conduite à tenir consiste alors à pratiquer de très prudentes explorations, si les accidents sont récents, et là encore le simple cathétérisme a sauvé bien trop souvent nos malades pour que nous n'y ayons pas recours. Dans ces cas également, une ponction aspiratrice sus-pubienne est indiquée et inoffensive si elle est aseptique, c'est même alors que se pose le plus formellement son indication. Le gros danger de la ponction, c'est-à-dire l'issue de quelques gouttes d'urine dans le tissu cellulaire prévésical, ne constitue dans ces cas aseptiques qu'un accident négligeable. Il en est tout autrement si la vessie était infectée, car l'épanchement d'une quantité, même minime, d'une urine virulente devient fréquemment la cause d'un phlegmon de la cavité de Retzius, et en pratiquant ultérieurement l'incision sus-pubienne, j'ai vu plusieurs exemples de ces phlegmons au début. Si, au contraire, une urétrorragie abondante témoigne d'une fausse route, si le canal est *infecté*, si le malade est déjà fébricitant de par sa *plaie urétrale*, un grand lavage du canal et un essai prudent et bien conduit de cathétérisme peuvent être encore tentés, mais s'ils échouent, j'ai recours sans hésitation à la cystostomie sus-pubienne que je considère comme moins grave que les tentatives indéfiniment prolongées, même si elles finissent par conduire une sonde dans la vessie.

Voici deux faits dans lesquels nous sommes intervenus dans de semblables circonstances, l'un date de vingt-deux mois, l'autre de quatre mois et demi.

La première observation m'est commune avec mon élève et ami M. Gervais de Rouville, ce sont des accidents aigus qui ont commandé l'intervention.

Un homme de 75 ans est amené à Beaujon le 20 décembre 1892, atteint de rétention aiguë d'urine depuis vingt-quatre heures. Les accidents prostatiques remontent à deux ans, ils sont constitués par une rétention incomplète chronique, à laquelle le malade remédie par un sondage facile matin et soir. La veille de son entrée, après un léger excès de régime, il est pris de rétention complète et le cathétérisme est impossible. Des tentatives infructueuses sont pratiquées et on nous l'amène avec une urétrorragie, la verge gonflée et très douloureuse. Le cathétérisme n'est pas possible, malgré tous les artifices employés en pareil cas, et l'interne de garde pratique une ponction hypogastrique avec aspiration. Pendant quatre jours, les ponctions sont renouvelées.

Le 24, la température s'élève à 39°, la langue est sèche, il y a du subdélirium et l'état déjà sérieux à l'entrée du malade devient très grave. Une tentative de cathétérisme étant restée impuissante, je fais pratiquer à M. de Rouville, sous ma direction, la cystostomie sus-pubienne. Pendant l'opération, nous trouvons la région prévésicale infiltrée de liquide urinaire. Les suites opératoires furent très simples, et dès le huitième jour le malade rendait quelques gouttes d'urine par le canal. Nous passons une sonde de Malecot, mais le malade l'enlève. Malgré cela, son état général se rétablit très rapidement, la fistule sus-pubienne se ferme peu à peu, et le 1er février la miction normale se rétablissait en partie et le 20 juillet il quittait l'hôpital complètement guéri.

Le 25 septembre 1893, c'est-à-dire onze mois après, son état général était excellent, il urinait et se sondait le soir pour vider sa vessie. Sa prostate avait diminuée dans des proportions vraiment très remarquables (*Montpellier méd.*, 14 oct. 1893, t. II, p. 805).

La deuxième observation est rédigée sur les notes de M. le Dr Leblond, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin de l'hôpital de Beauvais, qui m'a assisté dans mon opération.

Le 10 juin dernier, j'étais appelé auprès d'un homme de 74 ans, atteint de rétention aiguë d'urine, survenue dans les conditions suivantes : M. X..., depuis plusieurs années, avait été pris à intervalles variables de rétention aiguë qui avait toujours facilement cédé à une seule séance de cathétérisme. Le 7 juin, le même accident avait été provoqué par une marche un peu pénible, et avait été levé par un sondage ; mais le lendemain la rétention réapparut, une vieille sonde de caoutchouc rouge, sèche et cassante, dont on se servit pour faire le cathétérisme se brisa dans le canal et heureusement la partie restée dans l'urètre fut ex-

pulsée spontanément dans un bain. Le soir le cathétérisme n'était plus possible, une légère urétrorragie suivit les tentatives infructueuses, et la rétention nécessita pendant la journée du 8 deux ponctions sus-pubiennes avec l'aspirateur Potain (11 heures et 6 heures). Le canal saignait, la verge était gonflée et douloureuse. La nuit fut agitée et le lendemain matin la température était à 38°,5, le pouls à 120, la langue était sèche, il y eut de la diarrhée et des nausées, quelques frissons, une céphalalgie violente et des douleurs assez vives au niveau de la région sus-pubienne. Deux ponctions furent encore pratiquées. La température était à 39° le soir.

Je vis le malade le 10 dans le même état général et local, avec une température de 38°,5, un pouls à 116. La prostate était très volumineuse, tendue, la vessie remontait jusqu'à l'ombilic, l'état douloureux s'était accentué, le malade était très agité.

Je pratiquai à 10 heures du matin, sous le chloroforme, la cystostomie sus-pubienne. J'évacuai une urine très foncée, et l'exploration digitale de la vessie me fit constater un lobe médian très volumineux auquel je me gardai bien de toucher.

Le soir l'état général est meilleur ; température 38° ; pouls 100. Quelques nausées sans vomissements. L'urine coule de la vessie par le drain à demeure, un peu teintée de sang. Verge encore gonflée et douloureuse. Canal de l'urètre encore un peu saignant.

Les jours suivants, même état local et général : la verge est moins enflammée. Le tube vésical fonctionne bien ; urine claire. Acide borique : 2 grammes par jour. La constipation est combattue chaque jour par des lavements et de la podophylle. Au bout de trois semaines, on fait avec le siphon et la canule un lavage de vessie sans sonde à l'eau boriquée tiède, par le canal de l'urètre. Le liquide injecté par le canal sort par le drain hypogastrique. On répète ce lavage chaque matin pendant une semaine, puis on tente un cathétérisme du canal avec une sonde en gomme à béquille n° 14. Cette sonde passe aisément, mais avec une légère douleur ; elle est laissée à demeure pendant trois jours de suite, sans que l'urine se trouble. En même temps, on laisse encore un peu en place le tube suspubien. La deuxième séance de cathétérisme est encore très facile, et l'on se décide enfin à supprimer le drain abdominal.

Les jours suivants, malgré l'usage interne de l'acide borique, les urines se troublent et prennent l'odeur ammoniacale : on donne 2 grammes de salol et tout rentre dans l'ordre.

La plaie abdominale est fermée, sauf en un point qui laisse encore passer quelques gouttes d'urine quand le malade fait effort en urinant ou en allant à la selle, lorsqu'on lui enlève momentanément sa sonde à demeure.

On change ainsi de sonde tous les quatre à cinq jours, sans aucune douleur ni difficulté pour la réintroduire. On n'a jamais pu introduire qu'une sonde en gomme à béquille, jamais une sonde en caoutchouc ne put passer.

Deux mois après l'opération, le 15 août, on commença par boucher

pendant quelque temps l'orifice de la sonde avec un fosset, puis la sonde fut enlevée et l'on invita le malade à uriner spontanément, ce qu'il put faire sans trop d'efforts. Dès lors on cessa complètement l'usage de la sonde à demeure. Seulement on prescrivit un grand bain chaud chaque jour.

Le malade peut se lever et vaquer à ses occupations. Pas de douleurs ; pas de difficultés de miction. Le jet d'urine a repris son calibre et sa force d'autrefois (*Septembre*). Le malade remarque seulement une plus grande facilité d'uriner quand le rectum est vidé de matières après défécation abondante.

Il remarque aussi par la fistule le suintement de quelques gouttes d'urine chaque fois qu'il fait effort, même minime, pour uriner, qu'il soit debout ou couché. L'urine qui sort par cette fistule abdominale est un peu plus abondante quand il urine debout.

Le malade urine exactement toutes les deux heures, comme on le lui a recommandé : de même il évite la constipation et les efforts ou la moindre fatigue.

Sa santé générale est excellente (septembre 1894.)

Chez ces malades, c'est à la cystostomie temporaire que j'ai eu recours, et on ne pourrait songer à une fistule définitive que dans les cas où il s'agirait d'une lésion prostatique progressive et irrémédiable, constituée, par exemple, par une tumeur maligne.

II. — Telle me paraît la conduite à tenir en cas de *rétention aiguë, complète*, aseptique ; dans ces mêmes conditions, si *la vessie est infectée*, la nécessité d'une intervention opératoire est basée sur l'intensité des accidents infectieux, sur leur ancienneté, sur les troubles fonctionnels qu'ils provoquent ; sur l'état des reins, l'âge et la résistance des malades, la répétition des accidents. Ce sont là autant de facteurs qu'il faut interroger avec soin avant de se décider à abandonner les essais de cathétérisme, et la seule notion générale que nous puissions tirer pourrait peut-être se formuler ainsi. Dans le cas de rétention complète aiguë septique, l'incision sus-pubienne reconnaît les mêmes indications que dans des lésions aseptiques, mais la répétition des accidents et leur gravité autorisent ou même peuvent commander une intervention plus précoce. C'est là un des points les plus délicats et les plus difficiles à établir.

Voici un cas où des circonstances malheureuses ont retardé une opération qui, pratiquée plus tôt, aurait eu les plus grandes chances de réussir. C'est un exemple malheureux de temporisation.

Le 22 septembre 1893, j'étais appelé à Marly, pour voir un homme de soixante-trois ans, encore très vigoureux et n'ayant aucun antécédent morbide intéressant. Il était atteint de rétention d'urine aiguë et complète depuis une quinzaine de jours. Le cathétérisme qui avait pu se

faire assez facilement pendant les trois premiers jours était devenu très difficile le quatrième, et avait nécessité la mise à demeure d'une sonde. Après quarante-huit heures, la sonde fut retirée, de nouvelles difficultés survinrent pour en introduire une nouvelle le lendemain.

Bref, quand je fus appelé, le malade n'avait pas uriné depuis vingt-quatre heures, il était fébricitant avec la langue sèche et noirâtre, la verge était tuméfiée et le canal laissait écouler une notable quantité de sang. La vessie remontait à l'ombilic. L'exploration aseptique de l'urètre me permit de passer dans la vessie, et par la manœuvre du mandrin, je pus mettre une sonde à demeure et évacuer une urine noirâtre sans caillots.

Les jours suivants, l'état général restait mauvais, la fièvre persistait, la sonde était mal tolérée, on dut faire une ponction sus-pubienne, puis de nombreuses manœuvres pour en introduire une seconde, et on m'envoya le malade chez les frères de la rue Oudinot, le 7 octobre 1893. L'état général est grave, la langue sèche et noirâtre, la peau chaude, la température à 38°,5, l'urine est brune (1,200 gr.), mais le canal suppure, la sonde a besoin d'être changée. J'administre la quinine, je prescris une révulsion rénale par des ventouses, le régime lacté, l'antisepsie vésicale.

Le lendemain, l'état s'est encore aggravé, j'enlève la sonde et trouvant des difficultés à en introduire une seconde, je me décide à pratiquer le soir même la cystostomie.

L'opération est très simple, mais elle me fait constater un épanchement uro-purulent fétide dans la cavité de Retzius, la vessie est noirâtre et son exploration m'y fait découvrir un calcul qui n'a certainement joué qu'un rôle accessoire dans tous ces accidents.

Le lendemain matin, le malade épuisé, succombait.

Les résultats fournis par les observations que j'ai pu relever à propos de cette catégorie de faits ont leur importance, et bien que je n'attribue aux statistiques qu'une valeur relative, je dois les citer. Notre collègue Lejars, sur 3 de ces opérés, en a perdu 1 par pyélonéphrite suppurée ancienne. Sur 3 opérés, j'en ai perdu 1 par intervention trop tardive et sur 29 opérations trouvées dans la littérature, je compte 17 guérisons et 12 morts. Les causes des insuccès n'ont pas été suffisamment spécifiées pour permettre une conclusion. Mais cette mortalité considérable prouve bien la haute gravité de ces accidents, et il ne faut pas croire que l'intervention opératoire puisse toujours y mettre un terme favorable. Et en somme dans les cas de rétention aiguë chez les prostatiques infectés, il ne faut pratiquer la cystostomie que dans des cas particulièrement graves et en désespoir de cause. Chez mes 17 guéris, le cours des urines s'est rétabli par l'urètre chez 3 malades, et 5 autres ont vécu avec un canal sus-pubien suffisant pour maintenir plusieurs heures les urines — les autres sont restés incontinents.

III. — Chez tous ces prostatiques, la rétention est aiguë et les accidents menacent la vie du malade, l'intervention est une opération d'urgence. Si au contraire il s'agit d'un malade qui se sonde régulièrement depuis longtemps, chez lequel la rétention est *complète*, mais *chronique*, *les difficultés du cathétérisme* peuvent créer à un moment donné une indication opératoire, mais elle est assez rare. En général, le maintien d'une sonde à demeure pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, suffit à lever ces difficultés, et pour ma part, je n'ai pas encore été conduit à une intervention dans ces cas, et je crois qu'il faut être à cet égard très réservé.

La simple fréquence des mictions ne constitue guère une indication, quand le cathétérisme ne provoque pas de douleurs, le malade s'accommode mieux de sa répétition quelle qu'elle soit que d'une incontinence.

Un autre accident du cathétérisme peut constituer une indication opératoire ce sont *les douleurs*. Il existe des malades chez lesquels le cathétérisme répété, quelle que soit la patience et la dextérité de l'opérateur, provoque un état douloureux du canal et dont aucune manœuvre et aucun stupéfiant ou anesthésique ne peut triompher. Ces cas sont rares, mais j'en ai vu en 1888 un exemple bien typique. C'était un vieillard de 67 ans, chez lequel chaque cathétérisme provoquait des souffrances vraiment atroces et la rétention complète nécessitait cependant trois sondages dans les vingt-quatre heures. Toute la série des moyens médicaux ayant échoué, la cystostomie fut décidée, pratiquée, et mit fin à cet état. Il resta incontinent et succomba deux mois après des lésions chroniques des reins. L'ouverture de la vessie dans ces cas constitue donc une excellente opération, elle met fin à l'état douloureux dans la grande majorité des cas, surtout si l'on a soin de ne pas laisser de corps étranger au contact de la muqueuse vésicale. Son bilan est d'ailleurs favorable, puisque sur 19 opérés je ne relève que 3 morts, mais là encore la fistulisation ne doit être définitive que si toute tentative ultérieure du cathétérisme est repoussée. Sur les 16 guéris, 4 seulement ont pu conserver leurs urines pendant plusieurs heures et uriner par la fistule hypogastrique, aucun n'a vu se rétablir des mictions normales.

A côté de ces malades chez lesquels l'indication opératoire est fournie par la nécessité absolue d'évacuer le contenu vésical, il en est d'autres dont la rétention est *incomplète*, il y a encore miction volontaire; il en est même qui vident complètement leur vessie et cependant la cystostomie devient nécessaire. Les deux indications se tirent alors *des troubles fonctionnels* bien plus que de l'état anatomique de la vessie. La nécessité de la cystostomie dans le cas de *cystite douloureuse* chez les prostatiques est depuis long-

temps établie, elle a été étudiée dans son manuel opératoire comme dans ses résultats thérapeutiques, mais il est un fait qui m'a beaucoup frappé dans ses résultats définitifs. Deux fois j'ai eu l'occasion de faire l'examen de la prostate avant et longtemps après l'opération et j'ai été frappé de la diminution de volume de la glande après l'ouverture longtemps maintenue de la vessie et je suis convaincu que le retour à la miction normale par l'urètre des malades cystostomisés pour lésion prostatique infranchissable avec rétention est dû *en partie* à cette diminution de volume de l'obstacle prostatique [1].

IV. — Les accidents *infectieux vésicaux et généraux* chroniques constituent une indication bien plus fréquente, mais là encore ce sont les troubles fonctionnels provoqués par cette infection qui commandent l'intervention. Il est impossible de formuler une indication précise en se basant sur l'anatomie pathologique. Les altérations des reins qui jouent un si grand rôle en pareils cas, peuvent réclamer l'intervention sur la vessie, mais leur gravité peut être telle que le malade ne peut bénéficier de l'intervention qui ne ferait que hâter le dénouement, c'est alors que l'examen de tous les organes joue le plus grand rôle.

L'*infection locale* sous forme d'une suppuration très abondante, incessamment accompagnée de productions glaireuses qui ne peuvent être évacuées par la sonde et qui provoquent indéfiniment la production de calculs phosphatiques, constitue peut-être une indication. Souvent ces suppurations s'accompagnent d'un amaigrissement rapide, de troubles digestifs graves; c'est à cette infection rebelle chronique et progressive qu'avait affaire notre confrère Lejars dans l'une de ses observations. Il a pratiqué avec juste raison la cystostomie et son malade en a largement bénéficié. C'était sa seule planche de salut, et il lui faut bien s'accommoder alors d'un urètre sus-pubien, malgré tous ses inconvénients.

L'indication est plus pressante encore si les tentatives prudentes, habiles et antiseptiques de cathétérisme ramènent des accidents infectieux *généraux*, *un état fébrile* chronique qui résiste à toute médication et à la sonde à demeure, et qui, se reproduisant indéfiniment, conduit le malade à un état grave. J'ai vu, en 1891, un prostatique qui était pris d'accès de fièvre urineuse, produits par le sondage de la vessie à chaque fois que l'on enlevait sa sonde à demeure, et cela quelles que fussent les précautions antiseptiques dont on s'entourait; après avoir longtemps essayé de

[1] Je n'ai jamais été conduit à une intervention pour arrêter des hémorragies vésicales chez des prostatiques. La sonde à demeure m'a toujours suffi mais il est évident qu'il peut y avoir là une indication

modifier son état, je sais que l'on dut recourir à une cystostomie, dont il a longuement bénéficié.

Il est certain que les précautions rigoureuses d'antisepsie limitent beaucoup le nombre de ces cas, et qu'il faut chercher par tous les moyens à modifier l'état septique du canal et de la vessie. L'opération n'est là qu'une dernière ressource, mais qui n'est pas à négliger. Ces accidents avaient dès longtemps frappé M. le professeur Guyon, qui, dès 1884, pensait à dériver du côté du rectum l'urine de ces malades et j'avais à cet égard étudié anatomiquement la région extrapéritonéale vésico-rectale, et l'action physiologique de cette dérivation. Devant les résultats fournis par la cystostomie sus-pubienne, je lui donnerais la préférence.

Dans ces infections de l'appareil urinaire chez les prostatiques, les accidents locaux ou généraux, s'ils sont rebelles à tout traitement et s'ils sont nettement sous l'influence de l'état vésical, fournissent une indication, mais là encore la cystostomie idéale doit être temporaire et la fistulisation définitive n'est qu'un pis-aller. Sur les 11 observations, y compris ceux de mon collègue Lejars, je trouve 2 morts et 9 guéris, dont 3 ont retrouvé des mictions normales et 2 ont vécu avec un urètre sus-pubien continent.

Tels sont les faits que je voulais vous exposer, ils ont trait uniquement à l'indication opératoire. La technique de cette opération, ses résultats immédiats et éloignés ont été étudiés dans les travaux de MM. Poncet, Mac Guire, Jaboulay, Boutan et Lejars.

La mortalité de 33 0/0 que donne ses résultats pris en bloc ne prouve rien, et seul le bilan de l'opération dans chacune des catégories que j'ai indiquées permet une conclusion. Il en est de même de l'état des opérés.

Je considère donc la cystostomie comme une opération qui nous rend les plus grands services, elle constitue un progrès remarquable dans la chirurgie urinaire et nous avons peut-être été trop réservés à son endroit, nombre de prostatiques lui doivent et lui devront leur survie. Mais son champ doit être *restreint à des cas particulièrement graves*. C'est une opération d'urgence dans les rétentions aiguës avec obstacle bien reconnu *infranchissable* et permanent, et ces accidents constituent ses plus rares mais ses plus nettes indications et lui donnent ses plus brillants résultats; elle doit toujours alors être temporaire. Dans les infections chroniques, que l'intervention soit commandée par l'état douloureux, par les sécrétions abondantes rebelles au drainage ou par les accidents fébriles, l'empoisonnement lent, chronique, progressif, elle doit être considérée comme un pis-aller, c'est l'*anus contre nature des prostatiques*. Et c'est seulement aux cas rebelles à tout traitement. aux accidents bien imputables à l'état vésical seul ou au

retentissement du mauvais fonctionnement de la vessie sur le rein, qu'on doit y avoir recours. Cette fistulisation doit être temporaire, comme Poncet, Desnos, Lejars l'ont reconnu. Sans doute on laissera fonctionner la fistule si les accidents primitifs qui ont motivé l'intervention persistent, mais le retour à la miction même artificielle par l'urètre doit être le but à *s'imposer*, et dès que le canal permet le passage partiel ou total de l'urine, ou le cathétérisme sans récidive des accidents, la suppression de la fistule s'impose. Je ne partage pas l'enthousiasme de quelques-uns pour la préférence d'un urètre sus-pubien à un urètre qu'il est possible de cathétériser.

L'établissement définitif d'un urètre sus-pubien doit donc être réservé à des cas peu nombreux, où l'obstacle est permanent, progressif, sans aucune chance de rétrocession, comme une tumeur maligne de la prostate. Il n'en est pas de même dans les lésions prostatiques qui peuvent dans certains cas rétrocéder dans des proportions suffisantes pour permettre de nouveau le cathétérisme facile. Dans des conditions heureusement rares, la fistulisation est définitive si la vie du malade est réellement liée tout entière à l'existence de ce mode de dérivation urinaire, quelle que soit l'indication primitive de l'intervention.

Messieurs, je vous propose d'adresser des félicitations à l'auteur des trois observations que je vous ai signalées, de déposer son mémoire dans nos Archives, je vous demande de vous rappeler ses travaux intéressants et consciencieux, qui lui donnent droit à un rang favorable lors du classement des candidats au titre de membre titulaire de notre Société.

Présentation de malades.

1° *Ablation d'une large partie du maxillaire inférieur avec prothèse immédiate par le procédé de M. Martin (de Lyon)*, par M. Poirier.

2° *Fracture de la clavicule irréductible, Suture,*

Par M. Routier.

Une jeune femme vint me montrer à Necker une tuméfaction notable de la région de sa clavicule droite, qu'elle s'était fracturée huit jours auparavant; cette tuméfaction était due aux extrémités fracturées; j'essayai en vain de réduire, et je dus faire l'opération sanglante.

Ce qui empêchait la réduction, c'était non pas seulement le chevauchement des fragments et leur fracture en biseau, mais un fragment isolé qui était interposé de façon à présenter en avant une de ses surfaces à fracture ; j'enlevai ce fragment, je régularisai les extrémités et, pour maintenir la réduction devenue facile, je fis une suture à la soie.

Le périoste, soigneusement conservé, fut suturé au-devant, et la peau suturée avec le catgut et la méthode interdermique.

Elle est parfaitement guérie, sans déformation, on ne sent pas même le cal en suivant la clavicule, et la cicatrice est à peine apparente.

Présentation d'instruments.

Urinal applicable aux malades atteints de fistule urinaire hypogastrique.

M. Monod présente, au nom de M. Loumeau (de Bordeaux) un urinal hypogastrique applicable aux individus porteurs d'une fistule hypogastrique à la suite de cystotomie sus-pubienne.

C'est un récipient en caoutchouc, s'effilant en bas en une partie souple, facilement cachée par le pantalon. Cette partie est terminée par un robinet qui assure l'évacuation facile de l'appareil.

La partie supérieure a une forme fixe, due à la présence d'une légère ossature métallique sur laquelle s'attache une ceinture munie de sous-cuisses qui permet d'assujettir solidement l'appareil.

Sur la paroi postérieure existe un infundibulum dans lequel est reçue, comme un doigt dans un gant, l'extrémité périphérique d'une sonde en caoutchouc qui vient directement de la vessie, où elle se fixe d'elle-même à la manière de Pezzer ou de Malécot. Cette sonde plonge jusqu'à l'extrémité inférieure de l'urinal où son ouverture toujours béante baigne dans un liquide antiseptique.

Sur la paroi antérieure est creusée une large fenêtre ronde munie d'un opercule de zinc, se vissant très exactement et assurant une fermeture parfaite.

En avant encore et en haut, sont disposés deux petits trous par où l'air extérieur peut pénétrer, condition nécessaire à l'écoulement.

Cet appareil présente entre autres avantages, ceux :

1° D'être simple, léger, peu gênant ; il permet la marche en assurant la vacuité constante de la vessie ;

2° De maintenir l'extrémité béante de la sonde dans un milieu antiseptique ;

3° D'être d'un entretien facile, grâce à la disposition des orifices, permettant un nettoyage complet.

Présentation de pièces.

Diverticule de Meckel ouvert à l'ombilic et invaginé; excision, entérorraphie; guérison, par M. Broca.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le Secrétaire annuel,
Peyrot.

Séance du 24 octobre 1894.

Présidence de M. J.-L. Championnière.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° (a) *Present position of the treatment of hydatid disease in Australia*; (b) *Echinococcus cysts of the Kydney*, par M. W. Gardner (de Melbourne) ;

3° Lettre de M. Sorel, demandant à être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national.

Communication.

Du méat hypogastrique chez les prostatiques.

Par M. Bazy.

J'ai, en 1882, pratiqué, et quelques mois après proposé, dans un travail lu ici même « sur l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie chez l'homme », et dont mon maître et ami, M. Monod, a bien voulu se faire l'éloquent rapporteur, j'ai, dis-je,

il y a douze ans, pratiqué et proposé le méat hypogastrique dans les cas de tumeurs inopérables de la vessie chez l'homme, pour combattre deux symptômes, l'hémorragie et la douleur, mais surtout l'élément douleur, lié aux envies fréquentes d'uriner, transportant à la vessie un moyen de traitement qui réussit si souvent dans les cancers inopérables du rectum.

Sir H. Thompson avait déjà proposé, il y a vingt ans, la ponction hypogastrique de la vessie sur une sonde introduite par le canal de l'urètre. Depuis, c'est-à-dire en 1887-1888, il a modifié son manuel opératoire qui se rapproche de celui de la taille hypogastrique.

Le but qu'il se proposait était « d'arracher un malade à une mort certaine en déviant d'*une façon permanente* le cours de l'urine, lorsque l'urètre est devenu impraticable par le fait de l'affection prostato-vésicale [1] ».

Sans vouloir diminuer le mérite de ceux qui l'ont imité, j'ai cru de mon devoir de rendre à César ce qui appartient à César. Il ne faut pas abuser de la bibliographie, mais encore faut-il en faire un *juste* usage.

Cette opération du méat hypogastrique, telle que je l'avais conçue et exécutée, a été ensuite transportée aux cystites douloureuses, et moi-même, dès 1884, je fistulisais ainsi l'hypogastre d'un jeune homme de 20 ans, atteint depuis quatre ans de cystite intense avec intolérance de la vessie qui avait résisté à des traitements usités en pareil cas. Ce jeune homme a survécu trois ans ; il est mort de pyélonéphrite suppurative.

Il supportait si bien son infirmité qu'il allait, venait, et même avait, deux saisons de suite, pu chasser, c'est-à-dire se livrer à des exercices fatigants.

J'ai donc quelques raisons d'aimer le méat hypogastrique, ce qu'on appelle actuellement, je ne sais trop pourquoi, la cystostomie hypogastrique.

Cette année-ci, j'ai fait quatre fois dans ma clientèle, trois fois à l'hôpital, cette même opération pour remédier à des cystalgies très pénibles.

Dans cinq cas, il s'agissait de tumeurs inopérables et, à l'une d'elles, M. Monod me faisait l'honneur d'assister. Deux fois, il s'agissait simplement de cystites douloureuses, et, dans un cas, chez un prostatique.

Vous me pardonnerez, je l'espère, ce préambule un peu personnel; il était uniquement destiné à montrer que je suis loin d'être

[1] Sir H. Thompson, *Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires.* Traduction française du Dr Robert Jamin. Paris, 1889.

l'ennemi du méat hypogastrique, qu'ayant quelque lien de parenté avec lui, je serais assez mal venu à n'en pas dire du bien; mais vous comprendrez aussi qu'ayant pour lui quelque tendresse, je ne veuille pas le compromettre et compromettre avec lui la santé des malades.

Si donc vous ne me trouvez pas aussi enthousiaste que quelques-uns de nos collègues, veuillez n'y voir qu'un effet de mon éducation chirurgicale et que le résultat d'une pratique un peu différente de celle de quelques-uns d'entre eux.

L'habitude de manier la sonde me donne peut-être un peu de prédilection pour cet instrument; j'espère vous démontrer qu'on peut s'en servir, pour le plus grand bien des malades, un peu plus souvent que ne le pensent les partisans de l'ouverture de la vessie, en d'autres termes que le *drainage de la vessie par les voies naturelles* peut être aussi efficace que le *drainage de la vessie* par une ouverture faite à ses parois.

Le sujet est évidemment difficile à traiter, parce que les éléments de comparaison manquent; on ne peut pas mettre côte à côte deux individus identiquement atteints et, à l'un, faire un méat hypogastrique, à l'autre, mettre une sonde à demeure; mais, en prenant des exemples particulièrement graves, je crois que la démonstration peut être aussi complète.

Le traitement dont nous nous occupons ne s'adresse pas à la prostate, mais aux *symptômes*, *lésions*, *accidents*, auxquels donne lieu son *hypertrophie*. Cependant on a dit, et avec raison, que la cystotomie avec fistulisation pouvait avoir pour résultat d'amener la diminution de volume de l'organe ou, tout au moins, le rétablissement partiel ou total de la miction normale. Ce résultat est obtenu aussi par la sonde à demeure, même dans les cas de rétention datant de plusieurs années; j'ai eu à soigner, il y a six ans, un vieillard de 77 ans, du département de la Nièvre, pour une poussée de cystite avec douleurs violentes et hémorragies; il se sondait plusieurs fois par jour, depuis plusieurs années, sur les conseils de M. Guyon. Quand il vint me voir, le sondage était très douloureux et très répété. Néanmoins l'évacuation de sa vessie s'imposait; je lui mis la sonde à demeure; non seulement tous les accidents se calmèrent, mais jusqu'à sa mort, qui survint trois ans après, il urina sans le secours de la sonde. Deux fois par semaine, plutôt par mesure de précaution que par nécessité, il se sondait pour laver sa vessie.

Cette question de l'influence que peuvent avoir sur la prostate les interventions chirurgicales qui s'adressent à la vessie, cette question, dis-je, mise à part, examinons quelles sont les indications de ces interventions, ce mot intervention pris dans son sens le

plus large, qu'il s'agisse de taille, ou simplement du cathétérisme.

Ces indications résultent de complications, et uniquement *de complications :* car il n'est, je crois, venu à l'idée de personne de faire une boutonnière hypogastrique à un prostatique vidant régulièrement, facilement, une vessie non infectée ou faiblement infectée.

Ces complications sont, ou communes à tous les urinaires, qu'ils soient vésicaux, prostatiques ou retrécis, ou bien elles sont spéciales aux prostatiques et dépendent de l'existence d'une hypertrophie prostatique ou de conditions analogues. J'expliquerai plus tard ce mot de conditions analogues.

Parmi les premières complications, celles qui sont communes à tous les urinaires, je note : 1° la douleur ; 2° l'hémorragie ; 3° l'infection ; mais je ne les étudierai que chez les prostatiques.

Ces complications peuvent se montrer isolément ou, au contraire, être associées, ce qui est le cas le plus fréquent, mais l'une, en général, domine l'autre.

1° La *douleur* peut revêtir toutes les formes, tous les degrés.

Personne ne me contredira si je dis que quelques lavages bien faits, plus répétés, avec des calmants, un régime sévère, peuvent arriver à triompher facilement des poussées de cystites, même assez sérieuses.

Quand ces cystites s'accompagnent de la production de calculs phosphatiques, même volumineux, tous ceux qui ont l'habitude de la lithotritie seront d'accord avec moi pour dire que la taille est souvent inutile, que la lithotritie suffit à débarrasser ces malades de leurs pierres et de leurs douleurs. Je pourrais multiplier les exemples ; je pourrais vous montrer un malade obligé de se sonder toutes les heures, toutes les demi-heures, avec des souffrances très vives à chaque fois, expulsant des urines glaireuses, rougeâtres, puantes, dormant peu et mal, se mouvant avec la plus grande difficulté, marchant courbé en deux, tourmenté à chaque instant par le besoin d'uriner, avec efforts d'expulsion aussi violents du côté du rectum, au point de se croire plus malade de ce côté que du côté de la vessie. Je pourrais vous le montrer absolument métamorphosé après une séance, rarement deux, de lithotritie et quelques jours de sonde à demeure ; le besoin d'uriner s'espaçant de plus en plus, tout ténesme disparaissant du côté de la vessie et du rectum, les urines redevenant à peu près limpides, et cet état pouvant se maintenir de longues années si les malades veulent prendre quelques précautions.

Je viens d'opérer ainsi un vieillard de 77 ans, venu de la Seine-Inférieure, et dont les souffrances étaient si vives qu'en venant, à chaque arrêt du train, il était obligé de s'arc-bouter sur ses mains

pour éviter le retentissement douloureux qu'exerçait cet arrêt sur la vessie. La lithotritie l'a complètement débarrassé de ses pierres et de ses douleurs.

J'ai opéré cette année un vieillard de 85 ans, qui ne se sondait qu'avec difficulté et au prix de très grandes souffrances, obligé de se lever chaque fois et passant sa sonde avec effort et une vive expression de douleur. La lithotritie l'a, lui aussi, débarrassé et de sa pierre et de ses douleurs.

La lithotritie me paraît d'autant plus recommandable dans ce cas qu'elle ne s'accompagne pas de choc opératoire comme la taille, malgré la brièveté de celle-ci, et que ses suites en sont plus simples et plus bénignes, du moins chez le vieillard.

Est-ce à dire qu'on ne doive jamais faire le méat hypogastrique? Assurément non. Je n'ai pas hésité à le proposer cette année-ci et à l'exécuter avec succès sur un homme de 65 ans, auquel j'avais fait la lithotritie en1 889. Je l'ai faite, quoique la vessie, très petite, ne se prêtât nullement à la distension; car ne distendant jamais la vessie, je ne crains pas comme M. Guyon (1) d'une part, M. Tuffier (2) de l'autre, de l'appliquer aux cas où la distension constituerait un danger de rupture.

C'est donc surtout l'état anatomique de la vessie qui doit guider en pareille circonstance, cet état anatomique indiquant l'incurabilité et par conséquent la nécessité d'une fistulisation qu'on peut dire d'ores et déjà permanente.

C'est ce que j'ai fait chez mon malade, et avec succès.

Le symptôme douleur, quoique constituant une indication *puissante* du méat hypogastrique ne l'est que s'il paraît se lier à un état anatomique, la sclérose vésicale, que s'il est persistant, et surtout s'il se lie intimement *au cathétérisme* comme c'était le cas de M. Diday. Alors pas d'hésitation possible : tout plutôt que la souffrance.

Il faut néanmoins savoir qu'on peut quelquefois se heurter à des refus.

Quand j'ai pris mon service à Bicêtre, j'ai trouvé dans une salle de chroniques un vieillard qu'on m'a présenté comme un urinaire obligé de se sonder. Je lui ai demandé combien de fois par vingt-quatre heures

[1] La crainte de la rupture peut seule la (la taille hypogastrique) contre-indiquer chez l'homme. (F. Guyon, *Leçons cliniques sur les affections de la vessie et la prostate*, p. 960.)

[2] On peut cependant le réserver (le drainage périnéal) à ces cas particulièrement douloureux où la distension de la vessie constitue un très grave danger de rupture. (*Traité de chirurgie* de S. Duplay et P. Reclus, p. 720, art. VESSIE, par Tuffier.

il m'a répondu quarante fois et je reste encore au-dessous de la vérité. J'ai vu là un cas type de méat artificiel et le lendemain je l'ai fait venir pour l'examiner; je lui ai encore répété ma question pour savoir si j'avais bien compris : j'avais compris. Alors je lui ai montré qu'on pourrait lui éviter cette pénible nécessité de se sonder, qu'il ne souffrirait plus, bref j'ai cherché à lui dépeindre le bonheur de ne plus songer à la sonde; il faut croire que je n'ai pas été assez éloquent, il m'a refusé net; il a mieux aimé sa sonde que mon opération. Je n'ai plus trop insisté quand il m'a dit son âge, il avait 82 ans. Il est vrai que deux mois après il revenait, mais trop tard pour que je pusse songer à lui faire quoi que ce fût; il était mort deux jours après.

Un des taillés auquel je fais allusion plus haut et à qui j'avais voulu faire une fistule a détérioré l'appareil que je lui avais fait faire pour recueillir son urine.

Il a mieux aimé pisser souvent et avec quelques douleurs que d'avoir un méat au bas-ventre.

2° Je n'insiste pas sur le symptôme *hémorragie* comme indication de la cystotomie avec méat soit temporaire, soit permanent; quand l'hémorragie se prolonge, il ne *faut pas hésiter*, que cette hémorragie vienne de la vessie, qu'elle vienne de la prostate.

L'année dernière j'ai eu occasion de la proposer dans ces circonstances; la famille, pour des raisons que j'ignore, l'a refusée; le malade est mort.

La question des *accidents infectieux* considérés comme constituant une indication opératoire de la taille est, à mon sens, une des plus difficiles à résoudre qu'il s'agisse de prostatiques, qu'il s'agisse de rétrécis ou de vésicaux, qu'il s'agisse d'infection à forme chronique, qu'il s'agisse d'infections, soit à forme aiguë d'emblée, soit à forme aigüe greffée sur une forme chronique : mais elle me paraît surtout difficile pour la forme aiguë.

Deux fois j'ai eu l'occasion de proposer la taille hypogastrique d'emblée pour remédier aux accidents infectieux.

Dans un premier cas qui remonte à 1886, j'ai fait cette taille hypogastrique avec l'aide de mon ami le Dr Pousson (de Bordeaux), le malade a succombé malgré une désinfection rigoureuse de la vessie.

Dans un autre cas qui ne remonte qu'à l'année dernière, il s'agissait d'un malade auprès duquel je fus appelé par notre distingué confrère le Dr Créquy. Ce malade avait été vu par M. Guyon qui avait porté le diagnostic de néoplasme possible de la vessie, à cause d'hématuries abondantes qu'il avait eues. Il était, au moment de mon examen, en proie à des douleurs violentes tenant à l'existence d'une cystite : les envies d'uriner étaient excessivement fréquentes et les mictions très pénibles et sanglantes. Après examen par la palpation bimanuelle, j'affirmai l'exis-

tence d'une tumeur de la vessie très petite et s'implantant sur le côté gauche du bas-fond.

L'existence de cette tumeur et de ces douleurs indiquaient une intervention à laquelle il fut convenu que le Dr Créquy préparerait la famille. Mais une huitaine de jours après j'étais rappelé; la scène avait changé : aux accidents infectieux locaux s'étaient joints des accidents infectieux généraux. En présence d'une pareille situation, je n'hésitai pas à proposer la taille hypogastrique d'urgence comme le meilleur moyen de parer aux accidents d'infection générale qui menaçaient le malade.

Étant donnée la gravité de la situation, nous jugeâmes prudent de nous adjoindre M. Périer. Ceci se passait le soir. Le lendemain matin M. Périer voulut bien se rendre à notre appel; je lui exposai la situation et après avoir formulé mon diagnostic, je conclus à la nécessité d'une intervention immédiate pour conjurer les accidents infectieux, la tumeur vésicale passant au second plan. Après examen M. Périer se rangea complètement à notre manière de voir et, séance tenante, nous pratiquâmes la taille hypogastrique qui offrit des particularités assez intéressantes.

Nous trouvâmes un néoplasme de la forme et du volume d'une crête de dindon, de consistance ferme, implanté sur le *côté gauche* du bas fond vésical. Nous l'attirons et avec lui la portion de vessie sur laquelle il s'insérait; nous jetons une ligature sur la vessie et nous coupons en avant du fil. La vessie fut drainée, après lavages répétés, au moyen des tubes de M. Périer.

Notre intervention fut inutile, trente heures après le malade mourait de son infection après avoir paru devoir bénéficier de son intervention.

Il est évidemment difficile de tirer des conclusions. On nous dira que nous avons opéré trop tard, mais ici c'est vingt-quatre heures après le début des accidents; il n'est guère facile d'agir plus tôt. M. Tuffier nous dit que dans le cas de mort qu'il a rapporté, il a opéré trop tard; c'est vrai, puisqu'il y avait un foyer dans la cavité de Retzius : tous les cathétérismes du monde ne pouvaient rien contre ce foyer; seule l'incision de la taille pouvait et devait l'ouvrir.

Je ne proscris pas la taille hypogastrique dans ces cas-là, *tant s'en faut*, je suis prêt à la recommencer; mais j'ai l'impression (je vous demande pardon d'employer cette expression qui ne devrait pas être employée en langage scientifique, mais toute démonstration est ici impossible) mais j'ai l'impression que les cas d'infection aiguë, où la sonde à demeure est impuissante, résisteraient aussi à la taille hypogastrique. Est-ce que l'on ne voit pas guérir certaines septicémies par des incisions multiples au bistouri ou au fer rouge sur le membre qui en est le lieu d'origine et d'autres résister à l'amputation de ce même membre et emporter le malade?

Concluera-t-on plutôt en faveur de l'une ou de l'autre intervention? Mais passons.

Je serai plus catégorique en parlant des infections à marche chronique. Ici l'antisepsie par les voies naturelles, l'ablation des corps étrangers par les voies naturelles, par la lithotritie, les lavages abondants avec les grosses sondes, au besoin l'*écouvillonnage* de la vessie constituent d'excellentes opérations qui tous les jours nous donnent des succès.

J'ai cité, chemin faisant, des cas où la douleur paraissait être l'élément dominant et ces cas ont guéri sans le secours de la taille hypogastrique.

Or ces malades étaient en plus des malades infectés et fortement infectés.

Le vieillard de 77 ans dont je viens de parler et que je viens de lithotritier était mourant, il y a deux ans, au moment où son médecin le vit pour la première fois, étendu dans son lit, dans un état voisin du coma, la langue sèche, avec de la fièvre et un pouls rapide; il allait mourir parce qu'un autre confrère lui avait conseillé de ne jamais se faire sonder. On le fit cependant et on ne fit que cela; l'urine était infecte et pendant longtemps la chambre, paraît-il, en garda l'odeur. La vessie fut lavée, le cathétérisme répété autant qu'il était nécessaire, le malade remis sur pied. S'il eût été plus aseptique, il n'aurait certainement pas eu besoin de recourir à moi.

J'ai eu occasion de voir cette année-ci un calculeux urique âgé de 76 ans, atteint en même temps de cystite intense, ne vidant pas sa vessie et profondément infecté, pâle, maigre, ne mangeant plus, vomissant le peu qu'il prenait, expulsant incomplètement des urines puantes, arrivé enfin à un état tel que la mort semblait prochaine, et que je dus dire à la famille, que, quelqu'aléatoire que fût une intervention, c'était encore la seule chance de le tirer d'affaire. Je lui ai fait la lithotritie avec l'aide de M. Grenier qui dut donner le chloroforme avec une extrême prudence.

Après lavages abondants de la vessie, je lui mis une sonde à demeure. Dire que toute inquiétude cessa dès le lendemain de l'opération serait exagéré; mais bientôt il reprit le dessus et aujourd'hui il se porte très bien; il se sonde régulièrement et facilement deux fois par jour et paraît rajeuni de dix ans.

Dire que je repousse la taille hypogastrique même dans les cas analogues serait démentir ce que j'ai dit ici à la séance du 29 juin 1892, à propos des *Calculs enchâtonnés de la vessie*; mais je réserve la taille aux seules vessies difficiles, irritables, reformant trop facilement et trop rapidement des calculs et chez lesquelles le

nombre des colonnes et la profondeur des espaces intercolumnaires ne permet pas une antisepsie parfaite. Seulement ne faut-il pas encore trop multiplier ces cas et s'en rapporter aux premières apparences.

Car les vieilles vessies enflammées depuis longtemps supportent plus facilement l'infection et lui opposent une barrière plus efficace que les vessies récemment enflammées dont le soi-disant émail [1] épithélial est à peine entamé.

Je passe maintenant à l'étude des complications spéciales aux prostatiques, à celles qui dépendent de l'existence d'une hypertrophie prostatique ou des conditions analogues.

Ces complications sont :

1° L'impossibilité du cathétérisme ;

2° Les fausses routes et surtout les fausses routes multiples avec état infectieux ou non ;

3° Les difficultés renaissantes dans le cathétérisme avec état douloureux ;

4° Enfin la distension vésicale à marche lente avec miction par regorgement et phénomènes d'insuffisance rénale.

1° *Impossibilité du cathétérisme.* — M. Poncet admet ici qu'on fasse une ponction capillaire, comme intervention d'urgence, quand on ne peut pas mieux faire ; mais si la miction ne se rétablit pas, il faut se hâter d'intervenir, malgré les cas où on a vu cette miction se rétablir, ou tout au moins le cathétérisme devenir possible, après plusieurs ponctions.

J'avoue n'avoir aucune expérience sur la matière ; car les différentes sondes que nous pouvons tous avoir entre les mains m'ont permis toujours d'arriver à cathétériser sans effort des prostatiques et à leur laisser ensuite une sonde à demeure. Mais ce que nous observons chez les rétrécis, mes lectures, les conversations que j'ai eues avec des confrères exerçant dans des villes d'eaux où les rétentions ne sont pas rares me prouvent que ces ponctions répétées n'ont pas la gravité extrême que leur assigne M. Poncet.

Notre collègue avoue qu'il ne se dissimule pas que les raisons qui ont fait le succès des ponctions subsisteront longtemps encore, « que la ponction est plus à la portée de tout praticien », « que la taille mérite d'être apprise, d'être sue pour être exécutée. »

« Ce sont-là, ajoute-t-il, des considérations qui, certes, ne devraient pas intervenir dans l'appréciation d'une méthode thérapeu-

[1] Nous savons actuellement, après les expériences que j'ai faites et que C. Sabatier (*Thèse de Paris*, 1894) a reproduites, que le pouvoir absorbant de la vessie est considérable.

tique, cependant on les voit journellement inspirer certains moyens de traitement. »

Je suis absolument de cet avis, et c'est pourquoi je me suis efforcé, pour ce qui me concerne, de simplifier, et de réduire au minimum le manuel opératoire de la taille hypogastrique afin de la mettre à la portée de tous, comme doit l'être toute opération d'urgence, et d'autre part de vous soumettre un *modèle de sonde* grâce auquel j'ai pu arriver à franchir facilement des prostates que la manœuvre du mandrin ne m'avait pas permis de traverser.

Aussi, puisque nous sommes obligés de tenir compte du peu de goût ou d'aptitude des praticiens pour la taille, tâchons de perfectionner le manuel opératoire et l'instrumentation du cathétérisme; nous répondrons ainsi au désidératum de notre collègue.

En résumé, je crois que cette indication de la taille n'est pas sérieuse.

2° *En est-il de même des fausses routes?* — A en croire certaines personnes, il ne devrait pas y avoir d'hésitation, une fausse route, à plus forte raison deux fausses routes seraient des indications absolues d'ouverture de la vessie et ces indications seraient encore bien plus pressantes si la vessie était infectée.

Les faits de la période ancienne ou préantiseptique, des faits récents et de tous les jours prouvent qu'en pareil cas la sonde à demeure rend de très grands services. J'en ai un exemple récent, où toutes les conditions étaient réalisées pour justifier une taille.

Homme de 77 ans atteint de stagnation urinaire avec distension, urinant par regorgement, vessie très infectée, infection générale, fièvre, langue sale, sèche, insomnie, souffrances très vives, tentatives de cathétérisme faites aux environs de Paris, qui n'aboutissent qu'à faire saigner le malade abondamment. Quand je vois le malade, je constate deux fausses routes, l'une au cul-de-sac du bulbe, l'autre dans la prostate. Je mets à demeure au moyen d'un mandrin la sonde en gomme n° 21. Écoulement d'urine sanguinolente et purulente, d'odeur repoussante, lavages abondants à l'eau boriquée tiède. L'état général et l'état local s'amendent rapidement. Au bout de 8 jours, j'enlève la sonde; je veux en passer une autre, impossible; je suis obligé d'en replacer une avec le mandrin. La première sonde est placée le 13 août, je remets la seconde le 21. L'état général et l'état local, malgré un peu de suppuration du canal s'améliorant tous les jours, je retire cette sonde le 31 seulement, et immédiatement après je peux passer une sonde en caoutchouc rouge; mais les nouvelles tentatives de cathétérisme, qu'en mon absence on fait dans la journée n'aboutissent à rien, et le soir je suis rappelé pour mettre toujours avec le mandrin une sonde en caoutchouc rouge, qu'on enlève le lendemain. Cette sonde enlevée, toutes les tentatives pour passer avec des sondes de toutes formes sont inutiles et

je suis obligé de replacer la sonde le soir; cette fois-ci je la laisse et la fixe bien pour que le malade puisse se lever. Il se lève donc avec une sonde en caoutchouc rouge dans la vessie qu'il ouvre de temps en temps, toutes les quatre ou cinq heures, quand le besoin d'uriner se fait sentir, bien plus heureux en cela que les cystostomisés.

Au bout d'un certain temps, il peut même descendre se promener dans le jardin de la maison de santé. J'ai été obligé de maintenir cette sonde jusqu'à il y a dix jours : actuellement le malade se sonde très facilement avec une sonde à béquilles toutes les cinq heures, l'urine est presque limpide, il ne souffre pas, il a tout le temps de préparer ses instruments quand le besoin d'uriner se fait sentir. L'état général est parfait et meilleur qu'il n'avait été depuis de longues années.

Ce tableau que je viens d'essayer de tracer est, croyez-le, celui de beaucoup de prostatiques et de prostatiques graves. Celui-ci est un type à ce dernier point de vue, je vous prie de le croire, et de croire aussi à l'expérience des personnes qui m'ont aidé à le soigner dans la maison de santé où il était.

La sonde à demeure n'est pas *une arme à double tranchant*, c'est un drain et un bon drain dans l'immense majorité des cas, et tout le monde peut s'en servir facilement : elle nous rend tous les jours des services chez les calculeux dont la vessie est infectée, et chez lesquels nous la plaçons après la lithotritie. Combien de fois devrions-nous faire la taille dans ces conditions et combien peu de fois la faisons-nous, pour le plus grand bénéfice des malades ! Et cependant la taille serait facile chez eux !

3° Je passe à une autre catégorie de faits, ceux dans lesquels les difficultés du cathétérisme se reproduisent à chaque instant, ceux dans lesquels le cathétérisme est douloureux. Dans ces cas, le changement de la sonde, son remplacement par une autre d'une forme ou d'un calibre différent, le placement de la sonde à demeure, les moyens calmants, l'eau chaude en lavements et applications extérieures vous permettent souvent de franchir heureusement les crises, et de revenir à une période de calme.

Si l'état douloureux persiste, si le cathétérisme est douloureux et mal supporté, si surtout il y a des menaces d'infection, alors n'hésitez pas.

On rentre dans la catégorie des vessies douloureuses, et alors quelque pénible que doive être ou que puisse être l'état d'un cystostomisé, *n'hésitez pas*, il faut ouvrir la vessie et la mettre au repos temporairement ou définitivement.

4° Les cas les plus difficiles de la pratique sont ceux de distension lente et, en général, aseptique de la vessie. Depuis Civiale le traitement de ces cas a exercé la sagacité des cliniciens, et il n'est

pas un d'entre nous qui ne soit très impressionné quand il en a un à traiter.

Comme le dit très bien M. Poncet, l'infection est là qui guette la vessie, qui guette le malade tout entier, pour peu qu'on se relâche de la rigueur des prescriptions de l'asepsie et de l'antisepsie, et même ajouterai-je, sans qu'on ait la conscience de s'en être écarté un instant.

Cependant la somme de succès que m'a donnée et qu'a donnée à d'autres chirurgiens le traitement par l'évacuation lente et progressive et même par l'évacuation rapide et en un seul coup m'autorise à m'en tenir à l'évacuation par la sonde et uniquement par la sonde. Néanmoins, je peux dire que la diversité des cas est telle, dans cette catégorie de faits, que la cystotomie trouvera peut-être ses indications; elle les trouverait sûrement dans les cas de vessie infectée, mais pour moi ce ne serait alors qu'une ouverture, qu'un méat temporaire; car le cathétérisme est en général, sinon toujours, facile chez ces malades. Il est toujours facile, parce que quelques-uns d'entre eux ne sont pas des prostatiques, ce sont des vésicaux; ils rentrent dans la catégorie des malades atteints comme le disait Civiale, d'atonie primitive de la vessie. C'est à eux que je faisais allusion en parlant des états analogues à celui qui résulte de l'hypertrophie prostatique.

Le tableau des méfaits de la sonde et de la sonde à demeure est évidemment noirci. Il suffit de lire les deux phrases suivantes dans le travail de M. Poncet [1] pour en être convaincu.

Page 287 : « Je suis certain d'être l'écho de nombreuses générations d'internes qui ne doivent guère avoir souvenance de prostatiques entrés dans nos grands hôpitaux pour des accidents urinaires graves, sortis guéris. »

Et plus loin, page 289 : « Les seuls urinaires grièvement atteints que j'ai vu guérir à l'hôpital ont été ceux chez lesquels la cystostomie avait été pratiquée avec sondage antérieur et avant toute manifestation septique ».

Il est certain que quand on a eu un tel spectacle sous les yeux, on est disposé à en changer et à chercher autre chose : mais je suis convaincu qu'aucun de mes collègues n'a été aussi mal partagé que lui et que ce seraient d'autres considérations qui les guideraient dans la détermination de l'acte opératoire.

Messieurs, toutes les contre-indications du méat hypogastrique que je viens d'indiquer disparaîtraient, toutes mes objections tomberaient si nous étions arrivés à ce degré de perfection que les malades ainsi opérés fussent tous et toujours continents et qu'ils

[1] *Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 1894, p. 288-290.

fussent à l'abri de l'infection; et elles disparaîtront certainement, si ce jour arrive. En est-il ainsi ? Non, les uns sont continents, les autres ne le sont pas sans qu'on sache pourquoi. Sont-ils à l'abri des accidents d'infection ? Voyez la relation [1] de l'autopsie de M. Diday et celle de sa vie urinaire après l'opération, très heureusement, très habilement et j'ajoute très pertinemment faite par M. Poncet.

« La miction, soumise à la volonté, s'opérait dès lors uniquement par le méat hypogastrique sous forme d'un jet en anse dont les dernières parties seules s'échappaient quelquefois en bavant. C'est à peine si quelques gouttes d'urine ou de mucos-pus s'écoulaient encore par l'urètre pénien et seulement de temps à autre ; miction nulle au point de vue physiologique et qu'il avait du reste cherché à supprimer le plus possible, en raison des douleurs ou des prétendus accidents inflammatoires qu'elle provoquait.

« Le seul *incident* — notez le mot — qui mérite d'être signalé, en dehors de quelques troubles fonctionnels qu'il régularisait par des cathétérismes et des irrigations vésicales toujours pratiquées par le méat hypogastrique, a été la présence de calculs dont l'extraction devint nécessaire en raison des symptômes qu'entraînait leur présence (hématurie, douleurs à la fin de la miction, etc.)

« Le 8 juin 1893, après exploration sous anesthésie, 14 calculs phosphatiques à forme plus ou moins irrégulière furent extraits par l'orifice hypogastrique débridé en bas. Cette fois encore les suites furent simples, et dès le 26 du même mois, notre cher malade retrouvait de nouveau la continence. »

Ne vous semble-t-il pas, messieurs, écouter l'histoire d'un prostatique à qui on n'aurait pas fait de cystostomie? Il y a une différence cependant, c'est que j'appellerais *accidents et complications* au lieu de ce simple mot : incident, la présence de 14 calculs phosphatiques, les hématuries, les douleurs à la fin de la miction, etc...

Ce n'est pas tout, je continue :

« Le 15 juillet, nouvel incident. Apparition, sans cause nettement appréciable, d'une épididymite gauche qui se termina par résolution. »

Mais je note qu'elle se reproduisit et qu'à l'autopsie on trouve « une épididymo-orchite suppurée à gauche avec phlegmon chronique périvésiculaire du même côté ».

Je reprends la description :

« Ayant eu, trois semaines ou un mois avant de s'aliter, des envies d'uriner qui paraissaient un peu plus fréquentes et des douleurs à la

[1] *Ann. des mal. des org. gén. urin.*, 1894, p. 153.

fin de la miction, M. Diday songeait à réclamer une nouvelle intervention quand le 21 décembre une affection intercurrente vint détourner l'attention de l'appareil urinaire. »

Cette nouvelle intervention était nécessitée par la formation de « trois nouveaux calculs phosphatiques dont le plus gros a le volume d'une noisette ».

J'avoue qu'en lisant cette relation, j'ai été douloureusement impressionné comme homme, mais j'ai été non moins surpris comme chirurgien.

Comment! M. Diday, l'apôtre si convaincu de la cystostomie, avait été réduit à se faire traiter et soigner domme un vulgaire prostatique qui fait passer une sonde par son urètre naturel! Je n'insiste pas.

On dit qu'il faut parler fort pour se faire écouter, mais il ne faut pas assourdir les gens. Quand on n'a vu du cathétérisme que les méfaits, on conçoit qu'on s'en méfie, et qu'on veuille autre chose.

Il est sans doute très intéressant et très suggestif de donner beaucoup d'observations de cystostomie sus-pubienne, mais il est non moins intéressant, surtout pour les malades, de n'avoir pas la vessie ouverte : car, loin d'être dans l'alternative de vivre avec une vessie ouverte ou de mourir avec une vessie fermée, beaucoup de malades vous diront et vous prouveront qu'ils vivent longtemps et très bien avec une vessie fermée. Seulement ils l'ouvrent de temps en temps au moyen de la sonde, ils la lavent et sont très satisfaits de leur situation.

Le grand nombre de cas de cystotomie avec méat hypogastrique publiés dans ces derniers temps m'a un peu surpris. Ces chiffres m'ont paru exagérés, car le méat artificiel ne peut être qu'une dure nécessité et ne doit être qu'une exception. C'est pourquoi j'ai cru devoir prendre la parole.

A propos du procès-verbal.

M. Larger présente le malade qu'il a opéré par son nouveau procédé de cheiloplastie, et dont il a parlé dans l'avant-dernière séance.

Cette présentation confirme les résultats morphologiques satisfaisants que les photographies avaient déjà fait voir : la régularité, la symétrie de la bouche, la saillie normale et égale des deux lèvres, etc.

Elle démontre, de plus, la reconstitution du bord muqueux de la

lèvre restaurée, obtenue facilement par un léger évidement du bord supérieur du lambeau, suivi d'une suture en surjet de la muqueuse à la peau. La cicatrisation a, du reste, été complète au bout de douze jours.

Mais ce que le présentateur fait surtout constater à ses collègues, c'est l'état fonctionnel parfait de la lèvre restaurée, sa contractilité, sa sensibilité, la faculté qu'a l'opéré de retenir absolument sa salive, la facilité de la mastication, de la phonation, etc.

S'il est vrai que les procédés opératoires se jugent surtout par les résultats, M. Larger espère que cette constatation répondra suffisamment aux objections purement *a priori* qui lui ont été adressées par MM. Berger et Kirmisson.

Communication.

Extirpation ou résection du rectum,

Par M. Zancarol (d'Alexandrie).

L'extirpation ou résection du rectum par le procédé Kraske est une opération qui est aujourd'hui de pratique journalière. Il n'est pas sans intérêt d'étudier les résultats immédiats et définitifs de cette manière de faire. J'ai l'honneur de vous présenter aujourd'hui quatre observations personnelles, pour être ajoutées aux nombreuses observations des *Bulletins de la Société de Chirurgie*, dans le but de contribuer à l'étude des résultats définitifs de cette opération.

Dans la première de ces observations, il s'agissait d'une dame française de Port-Saïd.

Cette dame, âgée de 34 ans, était atteinte d'un épithéliome ayant envahi le rectum et le vagin. Elle a été opérée le 20 mai 1893. L'antisepsie intestinale a été faite par l'administration du naphtol et du salicylate de bismuth administrés pendant trois jours avant l'opération, et les injections rectales de l'eau boriquée à 2 0/0. L'antisepsie rigoureuse du champ opératoire a été faite comme d'habitude.

Après avoir reséqué le coccyx et une petite partie du sacrum, j'ai extirpé le rectum et une partie du vagin, sans ouvrir le péritoine. Le sphincter de l'anus, qui était dégénéré, a été extirpé totalement, au moins en apparence. Le bout supérieur de l'intestin altéré a été suturé en bas aux parties molles et à la peau par des points métalliques d'argent. Le vagin a été suturé de même. Deux petites lanières de gaze iodoformée sont appliquées aux deux coins de la plaie. A partir du troisième jour, la malade, qui était constipée par l'opium, reçoit deux lave-

ments par jour d'eau boriquée à 2 0/0. Après la seconde injection, la malade présente une éruption scarlatiniforme, avec température de 39°. Ces symptômes ont disparu aussitôt que les injections boriquées ont été cessées. Les fils d'argent ont déchiré l'intestin à l'endroit de leur passage, sans pourtant l'empêcher de rester attaché à la peau. La plaie s'est cicatrisée par suppuration. Deux mois après l'opération, cette femme est sortie parfaitement guérie, ayant gagné du poids et de l'embompoint, sans incontinence de matières fécales, et en état de vider son intestin à volonté. Jusqu'à aujourd'hui, dix-huit mois après l'opération, il n'y a pas eu de récidive.

Dans ma seconde observation, il s'agissait d'une femme avec cancer épithiliomateux du rectum et du vagin.

Cette femme était âgée de 40 ans. Opérée comme dans le cas précédent. Ici, les lésions du rectum remontent assez haut pour être obligé d'ouvrir le péritoine. Le vagin est aussi extirpé en partie dans l'étendue de l'infiltration, que je dépasse. Le bout supérieur de l'intestin est attiré en bas et il est suturé à la peau et aux parties molles, au moyen du crin de Florence. Le péritoine est suturé autour de l'intestin par le fil de soie, ainsi la cavité péritonéale est fermée. Drainage par la gaze iodoformée. Etat de colapsus, quarante-huit heures après l'opération, qui exige plusieurs piqûres de caféine. A partir de ce moment, les suites opératoires sont régulières. La plaie se cicatrise après avoir suppuré, par bourgeonnement. La malade sort de l'hôpital un mois et demi après l'opération, ayant gagné du poids, et dans un état de santé florissant, pouvant vider son intestin à volonté. Opérée il y a six mois, elle ne présente encore aucune trace de récidive.

Mon troisième malade était un homme âgé de 38 ans, avec cancer du rectum. J'ai procédé à l'extirpation du rectum par le même procédé.

Les lésions étant très étendues, je suis obligé d'enlever presque la totalité du rectum et d'ouvrir le péritoine. Suture du péritoine par le fil de soie. Drainage par la gaze iodoformée. Le malade est pris de colapsus quarante-huit heures après l'opération; ce colapsus persiste pendant vingt-quatre heures; il cède aux piqûres de caféine. La plaie opératoire suppure, et quelques fils coupent l'intestin. L'intestin reste attaché à la peau. Le malade sort de l'hôpital, après deux mois, avec une cicatrice régulière et sans incontinence des matières fécales, ayant gagné du poids, et en bon état. Quatre mois après l'opération, il n'y avait pas eu de récidive.

Enfin, dans ma quatrième observation, j'ai eu à opérer un homme de 40 ans, Égyptien, porteur d'un cancer du rectum.

Par le même procédé, j'enlève quelques centimètres d'intestin; après

avoir ouvert le péritoine; le péritoine est suturé à la soie autour de l'intestin ; l'intestin est attiré en bas et suturé autour de l'emplacement de l'anus, au crin de Florence. Drainage à la gaze iodoformée. Colapsus beaucoup plus marqué que dans les observations précédentes, de trois jours de durée, traité par la caféine. Cicatrisation par suppuration et après que quelques fils ont déchiré l'intestin. La cicatrice définitive est très régulière. Le malade sort de l'hôpital en état de santé très satisfaisant, ayant gagné du poids, et sans incontinence des matières fécales.

En résumé : deux hommes avec cancer du rectum, et deux femmes avec cancer du rectum et du vagin ont été opérés par le procédé de Kraske. Tous les quatre ont guéri. Le péritoine a été ouvert deux fois sans avoir à enregistrer aucun signe de péritonite consécutive. Chez les quatre malades, il y a eu suppuration de la plaie opératoire, et chez les quatre malades, les fils de suture du bout supérieur de l'intestin ont déchiré l'intestin, sans l'empêcher de rester attaché à la peau. La moyenne du temps nécessaire à la cicatrisation a été, en moyenne, d'un mois et demi. Le poids de tous ces malades a considérablement augmenté après l'opération et tous sont sortis de l'hôpital dans un état de santé très satisfaisant. La première malade est opérée depuis dix-huit mois ; la seconde depuis six mois; le troisième malade, depuis quatre mois ; le quatrième malade, depuis deux mois. Aucun de ces malades n'a eu de récidive jusqu'à aujourd'hui. Enfin, aucun de ces malades n'a eu l'incontinence des matières fécales. Ainsi tous, en quittant l'hôpital, étaient en état de contrôler leurs évacuations. Ce dernier fait m'a d'autant plus frappé qu'*a priori* je l'aurais cru impossible, ayant été obligé, chez les quatre malades, d'enlever les sphincters presque en totalité.

Aussi, j'ai voulu me rendre compte de la cause de la persistance fonctionnelle d'un anus artificiel sans sphincter. J'ai pensé donc que cela est dû à ce qu'il doit toujours rester des fibres circulaires du sphincter de l'anus et à ce que ces fibres sont coupées, pendant l'acte opératoire, dans le sens de l'axe de l'intestin. Or, Allingham a posé comme loi dans son *Traité des maladies de l'anus*, que toutes les fois que, dans l'opération pour la fistule de l'anus, on est obligé de couper très haut le sphincter, et même à plusieurs endroits, on évite pour sûr aux malades l'incontinence de matières fécales, si le sphincter est coupé dans le sens de l'axe de l'intestin. Ce fait, j'ai eu l'occasion de le vérifier sur plusieurs de mes opérés de fistule à l'anus.

Quoi qu'il en soit, il est incontestable que l'opération de Kraske pour le cancer de l'anus est de beaucoup supérieure comme résultats, immédiats et définitifs, à tout ce qu'on faisait avant pour ces pauvres malades. Il suffit, comme preuve, de voir le bien-être de

ces malades après l'opération de Kraske avec les souffrances sans nombre dont nos opérés par les anciens procédés étaient en proie, depuis le moment de l'opération jusqu'à la mort.

Discussion.

M. Quénu. Je suis frappé de ce que les quatre malades de M. Zancarol ont suppuré. C'est là un fait à retenir. Il est, en effet, impossible de désinfecter par des procédés ordinaires un foyer rectal. M. Zancarol dit qu'il a fait prendre du naphtol à son malade pendant quatre jours et qu'il a pratiqué des lavages boriqués au niveau de la région malade pendant deux jours. Ce n'est évidemment pas par de pareils moyens que la désinfection peut être obtenue. Je pense que, pour obtenir quelque résultat, il faut se comporter ici comme nous le faisons dans l'hystérectomie vaginale, c'est-à-dire curetter le foyer malade.

Le deuxième point qui me frappe dans la communication de M. Zancarol, c'est la conservation relative de la fonction de l'anus. M. Zancarol s'en étonne et tente de l'expliquer par la conservation d'une partie du sphincter. Mais, au moins dans une de ses observations, cette explication ne peut être admise, puisque l'anus a été extirpé; même dans les autres, si le sphincter n'a pas été trop intéressé, il y a eu certainement une section des nerfs moteurs qui s'oppose à la conservation de l'action musculaire.

En réalité, les choses sont plus simples. Lorsqu'une opération de ce genre a été pratiquée, les opérés, dans les premiers temps, ne peuvent en aucune façon retenir leurs selles; mais peu à peu les choses s'arrangent. La sensibilité de l'intestin finit par régulariser dans une certaine mesure les garde-robes. Ce sont les fibres musculaires de l'intestin qui seules interviennent, mais elles interviennent assez efficacement. La fonction crée ici un nouvel organe. J'ai observé parfaitement ce fait chez un de mes malades opéré depuis cinq ans sans récidive.

M. Routier. Dans les opérations de Kraske, la suppuration est, en effet, très difficile à éviter. Je ne crois même pas que le curettage que préconise M. Quénu puisse avoir une action très efficace. Dans une intervention comme celle-ci, où l'on enlève des portions d'os épais, des espaces creux subsistent toujours; le liquide s'y amasse et s'infecte d'autant plus facilement que le malade, appuyant forcément sur la partie opérée, invagine les lambeaux et fait rentrer l'épiderme qui les recouvre dans les cavités saignantes. Les infections secondaires sont donc presque impossibles à éviter.

M. Quénu. Quoi qu'en dise M. Routier, ce sont surtout les infec-

tions produites au cours de l'opération qui donnent des échecs complets dans la réunion.

Je profite de l'occasion pour faire connaître que le malade curetté en janvier, et dont je parlais dernièrement ici, a engraissé de 14 livres. Grâce au curettage, qui a enlevé toutes les surfaces fongueuses, et à l'anus artificiel, qui a détourné le cours des matières, on ne constate plus du côté du rectum aucune odeur désagréable.

M. Richelot. Lorsque, dans les résections de la partie inférieure du rectum, on attire l'intestin de façon à l'amener d'un peu haut vers le bout inférieur, ce qui est en particulier nécessaire dans le procédé de Hocheneg, où l'on fait l'invagination des deux bouts, on est obligé forcément de sectionner une assez grande quantité de vaisseaux. Dans ces conditions, l'extrémité du bout supérieur, mal nourri, se sphacèle quelquefois, ce qui donne forcément naissance à de la suppuration et à une fistule plus ou moins durable.

M. Zancarol. Je crois qu'il est impossible d'obtenir l'asepsie complète dans les opérations de la partie inférieure des intestins. Avec toutes les précautions possibles, on voit toujours s'écouler du bout supérieur des sécrétions contenant des substances stercorales. Mais, quand même, je ne crois pas que ces substances septiques changent en rien le résultat de ces opérations. Ainsi, dans une observation, le péritoine a été ouvert deux fois et, malgré cela, la cicatrice a été régulière et le résultat définitif excellent, sans avoir eu la moindre trace de péritonite. Ainsi, tout se résume dans une durée plus grande des malades à l'hôpital après l'opération. Quant à l'explication que j'ai donnée pour la persistance des fonctions de l'intestin, c'est une simple supposition, sur laquelle je n'insiste pas; mais, néanmoins, le fait de la persistance du contrôle des évacuations fécales est inexplicable.

Lecture.

Adénome polypeux du rectum, par M. Delies, d'Ypres (Belgique).

Communication.

La staphylorraphie facile.

Par M. Félizet.

La raison principale des demi-succès et des échecs dans le traitement de la division congénitale du voile du palais réside dans la défection des sutures. Les sutures manquent quand les surfaces avivées s'infectent, et dans cette région humide et tiède, où les germes pullulent, les surfaces s'infectent quand elles ne se joignent pas d'emblée, par un accollement large, franc et parfaitement immobilisé. Or, la franchise d'un avivement visant l'établissement de larges plans cruentés est souvent retenue par la crainte de prendre trop dans une étoffe que la malformation a déjà laissée insuffisante et que la suture pourra faire tendre à l'excès. Quant à l'immobilité, si une suture soigneuse et régulière peut la procurer quelquefois, elle ne l'assure pas toujours, en raison des contractions que la douleur, les nausées, l'impatience ou l'indocilité provoquent sur la musculature du voile, particulièrement chez les jeunes sujets. La tension d'une étoffe insuffisante et la contraction des muscles du palais, telles sont les deux circonstances qui font que les surfaces avivées se séparent ; que le foyer opératoire, en dépit des meilleures précautions, s'infecte ; que les fils coupent, et qu'en dernière analyse l'opération échoue.

Sans doute, il existe un certain nombre de divisions congénitales pour lesquelles ces causes d'insuccès n'existent pas : les deux segments du voile sont amples, le malade est docile et, grâce à un simple avivement, suivi d'une suture correcte, l'opération réussit.

Mais ces conditions sont loin d'être la règle, à en juger par les cas nombreux dans lesquels le succès n'a pas été obtenu total et du premier coup par les plus habiles.

Les maîtres le savaient bien qui, depuis la mémorable initiative de Roux, se sont évertués de tant de façons à trouver les moyens de faciliter l'accollement et de soulager les sutures.

Les incisions latérales de Dieffenbach, les savantes myotomies de Sédillot, de Mason-Warren et de Fergusson témoignent de la conviction de ces chirurgiens consommés que la tension du voile constitue le principal écueil de la staphylorraphie.

Je ne veux certes pas dire que l'avivement, le passage des fils, l'installation des sutures soient des actes d'importance médiocre ; mais je pense que, si bien exécutés qu'ils soient, ils ne suffisent pas à procurer le succès, si le voile du palais est tendu à l'excès et si, comme on dit, les amarres fatiguent. A-t-on assez travaillé la

question des aiguilles et des porte-aiguilles, la manœuvre du passage des fils, la méthode des sutures ! L'arsenal de la chirurgie du palais est d'une richesse plus instructive que tout ce que nous pourrions nous rappeler et dire.

Cette opération délicate soulève, en effet, plus qu'une question d'outillage. M. Trélat qui, après Sédillot, a porté à l'extrême l'habileté dans la pratique de la staphylorraphie et qui nous a fixé magistralement les règles de l'opération, M. Trélat a, lui aussi, en dépit de son ingéniosité consommée et de son incomparable dextérité, éprouvé des mécomptes.

Il était véritablement supérieur, et vous vous souvenez que c'est à lui que beaucoup d'entre nous, renonçant au désir de s'instruire et de se faire la main, adressaient leurs malades, comme au plus habile, au plus sûr et au plus heureux des maîtres.

La staphylorraphie était presque devenue le monopole de cet incomparable opérateur.

Le hasard nous a mis sous les yeux, depuis quelques mois, un certain nombre d'accidents dont l'observation nous a fait réfléchir, et la réflexion nous a conduit à faire des tentatives dont le résultat était, dans nos prévisions, de rendre l'opération de la staphylorraphie facile, rapide et sûre.

Nous n'avons appliqué jusqu'ici que trois fois le procédé que je vais décrire ; mais les suites de l'opération ont été telles que nous croyons devoir vous en faire connaître la technique sans plus attendre.

Nous pensions que la tension du voile est la cause de l'infection et des échecs.

Nous savions que les libérations préliminaires ou consécutives, pratiquées jusqu'à ce jour, nc procurent pas toujours le relâchement complet du voile, si propice à la réussite des sutures.

Les incisions latérales de Dieffenbach et de Fergusson, qui ont 5 ou 6 millimètres de profondeur, ne dépassent pas l'épaisse couche cellulo-glandulaire et ne coupent rien des muscles ; la section des piliers de Mason-Warren et de Fergusson n'agit que sur une zone restreinte de l'appareil musculaire.

Sédillot, avec la division large des péristaphylins internes et externes, accompagnée de la section des piliers, semblait avoir atteint les limites extrêmes des libérations permises.

M. Verneuil, tout en appliquant la méthode des débridements avec la plus grande hardiesse, recommandait formellement de rester dans le domaine de la bouche et de respecter à tout prix la muqueuse nasale du voile du palais, précepte accepté par tous et que nous étions parfaitement disposé à ne pas enfreindre.

Or, depuis dix-huit mois, nous avons observé à l'hôpital Tenon

des enfants atteints des blessures les plus sérieuses du voile du palais.

Une baguette de tambour, une flûte de fer blanc, un couteau à conserves, une clé, tels sont les instruments dont nous avons eu l'occasion de voir les effets traumatiques sur le voile du palais.

Il y avait, chez deux de nos petits blessés (la clé et la flûte), une véritable perte de substance, à l'emporte-pièce. Une sonde d'argent, une pince et même le doigt, passaient d'emblée dans la région nasale; la partie marginale du voile avait été ménagée.

Ce qui nous frappa, ce fut la facilité et la rapidité avec lesquelles ces énormes délabrements se réparèrent :

En moins de quarante-huit heures le trou se rétrécit de moitié; en huit jours il est comblé; en deux semaines il ne laisse pour ainsi dire plus de traces, et tout cela sans qu'on ait rien fait.

Plus tard, le voile reprend sa souplesse et son agilité; à peine si une légère cicatrice de la muqueuse témoigne de ce traumatisme dont l'aspect était, pendant les premiers jours, véritablement inquiétant.

C'est ce traumatisme, dont les suites sont si bénignes et la réparation si rapide, que nous avons voulu imiter par une incision nette, méthodique, de longueur et de direction calculées, et dont la profondeur est mesurée par l'*épaisseur totale du voile du palais, traversé de part en part.*

L'avivement des bords est le premier temps : rien de particulier à en dire, si ce n'est qu'il peut être d'autant plus large que nous savons que la tension n'existera pas et qu'il n'y a pas à ménager l'étoffe.

Le second temps sur lequel j'appelle votre attention, c'est la *transfixion* du voile. L'incision, chez un enfant de 10 ans, n'a pas moins de 20 millimètres de long; mais, comme les chiffres changent avec les dimensions, nous préférons dire que c'est une incision qui touche presque l'os palatin et descend parallèlement au bord du voile , divisé jusqu'à 5 ou 6 millimètres de la marge.

Cette incision est semi-circulaire, à concavité interne; elle répond à l'union du tiers externe et des deux tiers internes du voile.

La seule difficulté est de la faire complète, régulière et symétrique. On se tromperait singulièrement si l'on se guidait sur l'épaisseur du voile palatin normal, pour fixer la profondeur à laquelle le bistouri doit plonger.

Le voile malformé et rétracté ne mesure pas moins de 18 millimètres d'épaisseur à l'endroit qu'il faut attaquer. C'est plutôt un gros prisme contractile qu'un voile, la consistance et les dimensions

en varient sous les yeux. Ce cordon se défend et se dérobe et le bistouri est exposé, soit à ne pas le traverser en entier, soit, le traversant, à dépasser la mesure et à blesser le paquet des vaisseaux qui longent latéralement le pharynx nasal.

Pour opérer avec sûreté et complètement, il est nécessaire de bien saisir le voile, de l'étaler et de le fixer.

Nous avons fait construire par M. Colin un petit instrument imité du *pied à coulisse* dont la branche mâle, se mouvant avec le mécanisme des *brise-pierre*, se termine par une palette munie de dentelures, qui saisit le voile et l'accolle contre une plaque garnie de plomb, laquelle termine la branche femelle. La plaque plombée dépasse de 2 ou 3 millimètres la plaque dentelée, et c'est sur le plomb en saillie que le bistouri bien guidé par la première palette, entaille dans sa totalité le voile réduit à son épaisseur minima, l'entaille sans irrégularité, sans échappées et avec une symétrie irréprochable pour les deux segments du voile. L'écoulement du sang est moins considérable qu'on serait tenté de le croire. On sait d'ailleurs avec quelle spontanéité l'hémostase se fait dans la région dont nous parlons. Aussitôt les deux moitiés du voile pendent inertes, les bords avivés tombant à peu près au contact l'un de l'autre.

La ligne semi-circulaire est immédiatement remplacée par une baie losangique.

Ce temps accompli, on procède à la suture.

La laxité du voile, la facilité avec laquelle on l'amène à soi en engageant un crochet mousse, ou même le doigt dans la baie staphylienne, l'inertie absolue des parties à réunir, tout cela rend la suture tellement aisée que je ne saurais dire à quel procédé de suture il conviendrait de donner la préférence : tous les procédés sont bons.

L'aiguille de Trélat, portant l'anse de soie de Bérard et entraînant deux fils couplés, platine et catgut, voilà le détail que nous avons adopté.

Ce qu'il est important de dire, c'est que grâce à la laxité du voile, le temps, toujours long et difficile du passage des fils et de l'arrêt de la suture, est diminué de moitié.

Vous pourrez voir un jeune enfant chez lequel la staphylorraphie n'a pas duré plus de vingt minutes.

Cette facilité dans l'action, et surtout l'immobilité de la suture dont la réussite est à l'abri des contractions et des mouvements nuisibles, nous permettront sans doute d'avancer l'âge auquel on opère généralement les malformés et d'intervenir chez les sujets les plus jeunes.

L'opération est pratiquée avec le chloroforme, le petit patient la tête en bas, suivant la pratique de M. Trélat.

Les suites sont vraiment curieuses, vingt-quatre heures après l'opération, la plaie de transfixion, qui admettait une grosse sonde, et même le petit doigt, est bouchée et cette occlusion est produite par le gonflement de l'épaisse couche cellulo-muqueuse du voile.

Le voile reste inerte pendant environ dix jours; la réparation de la *plaie tranchée* se fait, on le voit, beaucoup plus rapidement que celle des *plaies contuses*, dont l'exemple nous a suggéré cette manière de faire. Elle laisse aussi moins de traces, ainsi que vous allez pouvoir vous en assurer.

Les fils peuvent être enlevés entre le huitième et le dixième jour : la réunion est accomplie. On voit alors déjà à peine les traces de l'énorme ouverture que la transfixion a établie entre la bouche et le pharynx nasal, à travers le voile, baie qui n'a pas seulement permis de faire un avivement franc, sans lésiner sur l'étoffe, mais qui a supprimé les tractions et les mouvements et mis les surfaces cruentées en mesure de se souder dans la fixité d'un accollement, que les sutures ont simplement maintenu, sans tiraillement et sans fatigue.

Présentation de malade.

M. Routier présente un malade opéré de cystotomie. L'opération a été pratiquée après que l'on eût épuisé toutes les ressources du cathétérisme. La cystotomie a été suivie d'une résection de la prostate.

Discussion.

M. Bazy. M. Routier a obéi aux indications dont j'ai parlé tout à l'heure et a fait une opération complexe, puisqu'il a enlevé une partie de la prostate.

M. Routier. C'est l'avantage de la cystotomie.

M. Bazy. C'est une autre affaire; s'il s'était agi de résection prostatique, j'aurais porté des observations; mais la question dont je me suis occupé est tout autre.

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,

Peyrot.

Séance du 31 octobre 1894.

Présidence de M. J. L. CHAMPIONNIÈRE.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° *Des opérations qui se pratiquent par la voie sacree*, par M. MORESTIN (pour le prix Duval);

3° *Étude de la septicémie péritonéale aiguë post-opératoire*, mémoire adressé pour concourir au prix Laborie, avec cette devise : *Ament meminisse periti;*

4° Lettre de M. GARDNER (de Melbourne), demandant à être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre correspondant étranger;

5° *Journal and Procedings of the royal Society of New South Wales*, 1893, t. **27**.

Communication.

Deux observations d'anus contre nature. Opération. Guérison,

Par M. ZANCAROL (d'Alexandrie).

Je désire communiquer à la Société de chirurgie deux observations d'anus contre nature qui présentent de l'intérêt à cause de leur étiologie, aussi bien que par l'intervention chirurgicale.

Une femme multipare de 35 ans, à la suite de manœuvres imprudentes d'une sage-femme, a eu une pelvipéritonite. Cette pelvipéritonite, qui était accompagnée de tous les symptômes classiques, a produit un abcès du ligament large droit. L'abcès s'est ouvert après quelques jours par les intestins. Après l'ouverture spontanée, la malade a eu quelques jours de repos. La fièvre et les douleurs ont cessé provisoirement, pour revenir plus tard avec la même intensité. Dans ces conditions, la malade

entre à l'hôpital pour être opérée. En effet, par l'incision classique de la ligature de l'artère iliaque droite, j'arrive à l'abcès du ligament large droit qui est ouvert et drainé. Après cette opération, la malade a une amélioration très marquée, mais vingt jours plus tard, un second abcès se forme du côté du ligament large gauche. Comme cette collection n'est pas accessible par le vagin, et comme d'autre part je tenais à explorer les annexes de l'utérus, je me décide à intervenir par une laparotomie médiane. Après avoir ouvert le péritoine, je détache avec mon doigt les adhérences très doucement. Les quelques adhérences qu'il y avait ont cédé facilement sans effort, quand je trouve dans mon champ opératoire une anse intestinale avec une ouverture ronde comme une pièce d'un franc d'étendue, avec la muqueuse intestinale faisant ectropion.

La forme de cette ouverture, le renversement de la muqueuse, sa position tout à fait à la partie inférieure de l'intestin, ne m'a laissé aucun doute que cette ouverture a été faite par l'abcès du ligament large droit et c'est par là que l'abcès s'est vidé par l'anus. Ouverture que le péritoine pariétal avait bouché par des faibles adhérences, que mon doigt a détaché très facilement. En même temps que cela, il y avait un abcès du ligament large gauche que j'ai ouvert par le côté péritonéal, avec les précautions d'usage, pour éviter d'infecter la cavité péritonéale. Dans ces conditions, j'ai d'abord suturé le péritoine autour de l'ouverture intestinale pour l'isoler de la cavité du péritoine. J'ai drainé l'abcès, après avoir aseptisé sa cavité, par un tube à drainage enveloppé dans la gaze iodoformée. J'ai suturé l'ouverture abdominale en laissant deux ouvertures, une pour l'anus contre nature et l'autre pour l'abcès du ligament gauche, bien séparées l'une de l'autre. Les suites de cette intervention furent des plus simples. La cavité de l'abcès a suppuré très peu et quatre mois plus tard cette malade entrait à l'hôpital de nouveau pour subir l'opération de son anus contre nature. Voilà comment j'ai procédé à cette opération.

Une incision circulaire de la peau autour de l'anus contre nature pour me ménager un lambeau rond de 4 centimètres de diamètre, dont le centre correspondait à l'ouverture de l'anus pathologique. Ainsi ce lambeau était libre partout, sauf à son centre. La cavité de l'intestin est bourrée de gaze iodoformée. Le lambeau est alors tiré en haut en forme de parapluie renversé, et une pince en griffe est appliquée à ses extrémités pour le soutenir à cette position par un aide. Alors une pince est appliquée à son pédicule, ce qui fait que la cavité intestinale est complètement fermée. Ainsi toute crainte d'infection du péritoine est éloignée. J'ouvre alors le péritoine, je détache complètement toutes les adhérences, de façon que l'intestin libre d'adhérences peut être enlevé et appliqué sur des compresses pour procéder à la suture de l'intestin dans des conditions très favorables. Je commence par couper le lambeau cutané à sa base. J'avive la muqueuse intestinale, qui est suturée au catgut, et deux plans de sutures de Lambert à la soie sont faites dans le sens de l'axe de l'intestin. L'intestin complètement fermé est jeté dans la cavité péritonéale et les parois abdominales sont suturées sans drainage.

Dans une seconde observation, il s'agit encore d'une femme de 40 ans, qui est entrée à l'hôpital avec un anus contre nature dans la région inguinale droite.

Les renseignements que donnait cette malade, très incomplets du reste, étaient qu'à la suite de douleurs très intenses à la région cœcale et de vomissements très obstinés de quelques heures, elle a vu se former un abcès dont l'ouverture a laissé comme conséquence cet orifice d'où s'écoulaient des matières fécales. La malade assure n'avoir jamais eu de hernie. Ainsi tout faisait supposer qu'une pérytiphlite était probablement la cause de cette ouverture intestinale. Cette femme avait déjà subi trois opérations par un autre confrère sans résultat, avant de venir chez nous. J'ai procédé ici encore après l'antisepsie d'usage, à la même opération comme dans le cas précédent. Après avoir fait un lambeau cutané qui est fixé par deux pinces, l'une au bout du lambeau renversé, l'autre à la base et avoir bourré l'intestin de gaze iodoformée, le péritoine est ouvert. Ici je me trouve devant une anse intestinale du bout inférieur de l'iléon faisant un coude. Le sommet de ce coude était adhérent à l'anneau crural. En d'autres mots, un étranglement incomplet par l'anneau crural a produit l'abcès et l'anus contre nature. La partie adhérente à l'intérieur de l'anneau crural, en forme de dé à coudre était environ d'un centimètre. Il fallait donc dégager cet intestin de l'anneau crural ; j'ai cru donc plus prudent de couper ce dé intestinal et de suturer l'intestin plutôt que de détacher les adhérences très solides qui unissaient l'intestin au canal crural. La partie enlevée représentait un dé d'un centimètre d'axe. Ainsi l'intestin dégagé complètement de toutes ces adhérences, le lambeau cutané coupé à sa base, j'ai suturé l'intestin d'abord par une suture de la muqueuse au catgut, et de la séreuse à la soie, en faisant encore ici deux séries de sutures de Lambert dans les deux ouvertures : l'ouverture de l'anus contre nature et l'ouverture de la partie de l'intestin réséquée. Des sutures sont encore faites dans le sens de l'axe de l'intestin, et je ferme l'abdomen sans drainage. Les suites opératoires ont été très bonnes.

Les deux malades ont guéri complètement sans rétrécissement de l'intestin.

Ainsi, la cause de ces deux anus contre nature a été dans la première observation un abcès du ligament large droit ouvert dans les intestins. Dans la seconde opération, un étranglement incomplet de l'intestin dans l'anneau crural. Cette étiologie est déjà assez insolite. Mais ce qui m'a fait communiquer ces observations à la Société de chirurgie, c'est le fait incontestable pour moi que la première et principale condition de réussite dans l'opération des anus contre nature, c'est qu'il faut, avant de fermer l'intestin, le libérer de toutes ses adhérences. Cette libération de l'intestin est très nécessaire. Et si mon confrère qui a opéré une de ces malades trois fois de suite n'a pas réussi, c'est parce qu'il n'a pas détruit les adhé-

rences. Il faut, en d'autres termes, que l'intestin libéré des adhérences puisse être jeté dans le fond de la cavité péritonéale. C'est à ces conditions seules qu'on peut réussir dans cette opération.

Lecture.

Note à propos du manuel opératoire de la gastrostomie, par M. Villar (de Bordeaux) (M. Picqué, rapporteur).

Communication.

Troubles gastriques anciens. Hématémèse. Vomissements. Laparotomie. Section d'adhérences entre l'estomac et le foie. Guérison des accidents digestifs.

Par M. Terrier.

Ayant déjà communiqué à la Société de chirurgie une observation de néoplasme d'origine inflammatoire de la petite courbure stomacale, déterminant des adhérences avec le lobe gauche du foie et la paroi abdominale antérieure, traité par la laparotomie et la libération de ces adhérences, je crois utile de relater une observation analogue, mais dans laquelle il ne s'agissait que d'adhérences anormales de l'estomac. La laparotomie, permettant de libérer l'organe, nous a donné un succès remarquable, peut-être même plus vite obtenu que dans notre première observation, où les adhérences se compliquaient d'une néo-formation inflammatoire de l'organe qui mit un certain temps à disparaître.

Voici le fait :

Mme Louis G..., née Clémentine B..., ménagère, âgée de 58 ans, demeurant à Paris, entre, le 4 mai 1894, dans mon service de chirurgie de l'hôpital Bichat.

Il y a dix ans, au moment de la ménopause, la malade fut prise de vomissements survenant presque après chaque repas; ils étaient alimentaires et succédaient à une sensation de pesanteur d'estomac. Ces accidents durèrent trois mois, sans d'ailleurs amener un amaigrissement de la malade, puis s'amendèrent.

Elle put alors reprendre ses occupations et, pendant deux années, sa santé fut assez bonne.

Au bout de ce temps, nouveaux vomissements alimentaires durant quelques jours, mais, fait important à noter, c'est qu'à cette date la

malade fut prise subitement, dans la journée, d'une abondante hématémèse.

Le régime lacté lui fut conseillé, mais le liquide était aussitôt vomi, si bien que, au bout de huit jours, on dut avoir recours aux lavements nutritifs, qui furent continués quatre jours. A ce moment, les selles de la malade furent fortement colorées en noir par du sang; il y eut du mélæna.

La malade put ensuite s'alimenter peu à peu et fit un séjour, au bord de la mer, de trois mois, mangeant bien et ne ressentant plus rien du côté de l'estomac.

Pendant trois années, Mme L... resta bien portante, lorsqu'au mois d'octobre dernier (1893), elle fut reprise de pesanteurs de l'estomac après les repas, pesanteurs suivies souvent de vomissements alimentaires; parfois il y eut des vomissements aqueux, jamais bilieux ou teintés de sang.

Malgré le traitement qui lui fut prescrit, et consistant surtout dans l'ingestion de cachets médicamenteux, la malade continua à vomir d'une façon en quelque sorte intermittente, ressentant alors, et pour la première fois, des douleurs sourdes à la région épigastrique, douleurs d'ailleurs non continues. Enfin, la malade maigrit d'une façon notable.

Les antécédents sont à peu près négatifs, sauf des crampes d'estomac accusées dès la jeunesse.

Mme L... a eu quatre enfants qui vivent tous. Elle a perdu ses frères et sœurs en bas âge; sa mère est morte, probablement de la grippe, à la Salpêtrière; elle ignore la cause du décès de son père. Mme L... fut mise au régime lacté et exclusif, dès son entrée à l'hôpital, et les vomissements furent un peu calmés. L'amaigrissement est assez notable, la malade ne pèse que 40 kilogrammes; les urines sont rares, 300 centimètres cubes en vingt-quatre heures; elles sont acides, d'une densité de 1,020 et renferment 18 grammes d'urée par litre, pas de sucre, de bile, ni d'albumine. La température oscille entre 36°,8 et 37°,2.

L'exploration de la région épigastrique révèle un léger empâtement, d'ailleurs indolore à la pression et de la submatité; on y perçoit très nettement les battements de l'aorte, ce qui tient à la maigreur de la malade. Il existe des signes de dilatation de l'estomac, sonorité exagérée de la région gastrique et sensation du flot de liquide dans le ventricule avec gargouillement.

L'examen du foie est presque négatif, il paraît un peu hypertrophié; le rein droit, par le palper bi-manuel, semble un peu gros et légèrement mobile.

L'auscultation du thorax est négative, sauf un léger souffle au premier temps du cœur.

Pas de ganglions sus ou sous-claviculaires.

En somme, sauf un léger empâtement diffus de la région épigastrique et une submatité à ce niveau, les phénomènes physiques sont assez peu accusés et c'est sur les accidents fonctionnels anciens et récents que nous nous appuyons pour intervenir, soupçonnant soit une néoforma-

tion, soit des adhérences à la suite d'une ulcération stomacale qui s'est manifestée par cette hématémèse unique et déjà ancienne.

L'opération fut faite le 19 mai 1894, avec l'assistance de mon collègue des hôpitaux, le Dr H. Hartmann et de M. Jourdan, interne du service. Anesthésie au chloroforme par M. le Dr Bourbon.

Incision médiane sus-ombilicale et on passe à travers l'insertion abdominale du ligament suspenseur du foie.

On constate une petite induration au niveau de la portion cardiaque de l'estomac et surtout des adhérences lamelliformes, fibreuses et comme formées de petites cordelettes, entre la face antérieure de l'estomac, au voisinage du cardia, et la face inférieure du lobe gauche du foie. Ces adhérences sont déchirées ou sectionnées; une seule saigne au niveau de sa partie stomacale et est liée avec de la soie stérilisée. D'autres adhérences, existant entre la face supérieure du lobe gauche du foie et la face inférieure du diaphragme, sont abandonnées.

L'examen du pylore et du côlon transverse est absolument négatif.

La section abdominale, longue de près de 10 centimètres, est réunie par deux plans de sutures; les unes, profondes, à la soie stérilisée et comprenant le péritoine et les aponévroses de la paroi; les autres, superficielles, au crin de Florence pour les téguments.

L'opération a duré environ trois quarts d'heure.

Pansement aseptique pur avec une compresse et de l'ouate stérilisée.

19 mai. Le soir, la malade a uriné seule. T. 37° centigrades. 102 pulsations. Respiration, 25.

20 mai. Cinq vomissements des liquides ingérés. 600 grammes d'urine en vingt-quatre heures. T. 36°,8-37°,3. Pouls 86. Respiration 25-29. Alimentation lactée.

21 mai. T. 36°,6-37°,5. Respiration 25-33. 600 grammes d'urine. Pouls 78, matin et soir. Elimination de gaz par l'anus après un lavement. Lait.

22 mai. T. 36°,6-37°,4. Respiration 28-31. Pouls 78. Urine 500 grammes.

23 mai. Selles abondantes après lavement. Signe de congestion pulmonaire à la base gauche, souffle; application de ventouses sèches. Lait. T. 38°-38°,2. Respiration 29-35. Urine 800 grammes.

24 mai. T. 37°,4-37°,6. Respiration 31, matin et soir. On applique encore des ventouses sèches. La malade présente une escarre au sacrum. Urine 500 grammes.

25 mai. T. 36°,8-37°. Les signes de la congestion pulmonaire persistent. Râles fins. Ventouses sèches. Alimentation. Respiration 27-31. Urine 700 grammes.

26 mai. Ablation des crins de Florence les plus profonds. T. 36°,8-37°,6. Ventouses sèches.

27 et 28 mai. T. 36°,6-37°-2. Bon état général et alimentation.

29 mai. Persistance des signes de la congestion pulmonaire. Nouvelles ventouses sèches. T. 36°,8-37°.

2 juin. Il n'existe plus de traces de la congestion pulmonaire. Ablation des derniers crins. Cicatrice complète de la plaie. La température est au-dessous de 37°.

18 juin. Un petit point fistuleux s'est ouvert au milieu de la cicatrice, *un mois après l'opération.* L'escarre du sacrum commence à s'éliminer ; elle est assez profonde et large de quelques centimètres et donne assez de suppuration.

25 juin. On enlève deux fils de soie, de la suture profonde, qui s'éliminent par la fistule.

28 juin. Ablation de deux autres fils de soie et, enfin, le 30, on en enlève trois autres, et la plaie se cicatrise aussitôt.

Les pansements de l'escarre au sacrum furent continués jusqu'au 6 juillet, époque de la cicatrisation complète.

La malade sortit le 3 août 1894 ; elle allait alors fort bien, et ses troubles digestifs avaient absolument disparu ; l'alimentation était celle de tout le monde et le poids était de 44 kilogrammes, soit 4 kilogrammes de plus qu'à son entrée à l'hôpital.

La cicatrice avait 8 centimètres de longueur, sans traces d'éventration.

Mme L... fut perdue de vue jusqu'au 16 septembre suivant ; à cette date, M. H. Hartmann et moi, nous constatâmes que la cicatrice, longue de 9 centimètres, commençait à 3 centimètres de l'appendice xyphoïde et se terminait à 5 millimètres de l'ombilic. Il n'y a pas de traces d'éventration.

La palpation du ventre permet de constater qu'il est absolument souple et indolore et qu'il ne présente aucune induration profonde.

L'appétit est bon et les digestions se font normalement ; la malade mange ce qu'elle veut.

La malade a notablement engraissé et actuellement pèse 49 kilogrammes.

En résumé, chez une femme de 58 ans, ayant eu et ayant encore des troubles gastriques sérieux, accompagnés une fois d'hématémèse et de mélæna, on suppose une néo-formation organique ou inflammatoire et celle-ci avec des adhérences.

La laparotomie démontre l'existence de ces adhérences multiples entre la partie gauche de l'estomac et le lobe du foie correspondant ; pas de néo-formation organique appréciable.

L'état général très sérieux de la malade, avant l'opération, se traduit dans les suites de cette intervention : tout d'abord surviennent des symptômes de congestion pulmonaire en quelque sorte hypostatique, sans grande élévation de température ; puis apparaît une large escarre au sacrum, escarre qui met fort longtemps à s'éliminer et à se cicatriser définitivement (un mois et demi).

Malgré tous ces accidents, dus à l'état déplorable de la nutrition, la malade se remit peu à peu et les accidents du côté de l'estomac disparurent complètement.

A sa sortie de l'hôpital, Mme L... avait engraissée de 4 kilo-

grammes; lorsque nous la vîmes en septembre, elle pesait 45 kilogrammes, soit 5 kilos en plus qu'au mois d'août.

En fait, il a suffi de détruire des adhérences anormales entre l'estomac et le lobe gauche du foie, pour que notre malade soit délivrée des troubles graves digestifs qui avaient amené un état général déplorable et menaçaient sa vie à brève échéance.

Comme je l'ai déjà dit ici[1], cette observation peut être comparée à l'une de celles de Landerer[2], où il existait des adhérences entre le foie et l'estomac (2e observation), adhérences ayant déterminé des accidents sérieux de gastralgie et dont la destruction guérit aussi le malade.

Signalons en terminant un travail récent de Riedel d'Iena, sur les adhérences inflammatoires de la cavité abdominale, travail dans lequel l'auteur étudie successivement les adhérences succédant à la contusion de l'abdomen ; celles qui résultent de l'ulcère de l'estomac ; celles de la vésicule biliaire, du côlon ascendant et de l'appendice cœcal[3].

Discussion.

M. Bazy. A l'appui des faits exposés par M. Terrier, je veux citer deux observations qui, sans ressembler à la sienne, montrent bien cependant l'influence que peuvent avoir ces adhérences sur les fonctions de l'estomac et les conséquences auxquelles entraîne la méconnaissance de la cause vraie de ces accidents.

Dans un premier cas, il s'agissait d'une dame de 39 ans auprès de laquelle je fus appellé il y a quatre ans, pour des accidents d'étranglement herniaire datant de la veille.

Cette dame portait depuis très longtemps dans l'aîne droite une tumeur qui avait été vue par Gosselin et un de nos collègues médecins : l'un avait diagnostiqué épiplocèle, l'autre ganglion.

J'appris en même temps que cette dame était depuis plusieurs années soignée pour son estomac : elle avait consulté plusieurs de nos collègues qui lui avaient ordonné, sans aucune espèce de succès, toute espèce de régimes et de médicaments : elle vomissait presque continuellement, et en était arrivée à ne plus rien supporter, même le lait ; elle était effectivement très maigre, très anémiée, l'estomac était très dilaté.

Je l'opérai : je trouvai un étranglement à vive arête ; la pointe d'intestin herniée fut réduite ; *je trouvai en même temps* une *frange épi-*

[1] *Société de chirurgie*, séance du 16 mai 1894.

[2] *Münch. medicin. Wochenschrift*, 1893, n° 39, p. 727.

[3] Prof. Dr. Riedel, Ueber adhäsiventzündungen in der Bauchhöle (*Archiv. für klinische chirurgie*, Bd XLVII, H. S. 153. Berlin 1894. — Jubiläums, Heft Fr. König gewidmet).

ploïque adhérente au fond du sac, je la réséquai après ligature. Guérison aseptique.

Trois ou quatre mois après je fus mis en présence de cette dame, je ne la reconnus pas : elle était absolument métamorphosée. Depuis mon opération, elle n'avait plus vomi, elle s'était mise à manger, avait engraissé : elle était rajeunie de 10 ans ; je ne pus m'empêcher d'établir une relation *entre la destruction de cette adhérence épiploïque et ce retour à la santé*, j'avais fait cesser les tiraillements de l'estomac.

J'avais guéri cette *dilatation mécanique* de l'estomac. Il est heureux que cette dame ait eu un étranglement herniaire, la nature de ces accidents gastriques eut été méconnue, et elle en serait morte.

Dans un deuxième cas, il s'agissait d'une femme qui m'avait été adressée de Beauvais et que j'ai fait entrer à l'hôpital Lariboisière dans le service de mon maître et ami M. Peyrot, où je l'ai opérée avec son concours.

Elle avait consulté déjà un de nos collègues laparotomistes fort connu qui, après examen, l'avait dissuadée de se faire opérer et lui avait conseillé, après avoir diagnostiqué un fibrome, des injections d'ergotine.

Malgré la confiance que lui inspirait ce chirurgien, ses souffrances étaient telles et sa santé était tellement ébranlée qu'elle n'hésita pas à suivre le conseil de son médecin et à venir me trouver.

P... (Ernestine), femme H..., 38 ans, de Beauvais, entre le 3 novembre 1893, salle Elisa Roy, n° 16, 3 accouchements normaux, suites régulières, le dernier il y 13 ans.

Dans le courant de 1888, hémorragie utérine abondante, puis santé bonne et règles régulières jusqu'au mois de juillet de l'an dernier. A ce moment surviennent des vomissements qui se répètent tous les jours et après chaque repas ; un médecin diagnostique une gastrite. Vue au mois de novembre 1892 par un chirurgien qui diagnostique un fibrome de l'utérus. Depuis un mois, douleurs vives dans l'hypochondre gauche et redoublement des vomissements.

A l'examen, on constate par la palpation une tumeur consistante, polykystique, peu mobile, occupant le flanc et la fosse iliaque gauche et débordant aussi à droite la ligne médiane.

Par le toucher vaginal, on constate du côté gauche une masse considérable de la grosseur d'une tête d'adulte, de consistance identique à celles qu'on sent à travers la paroi abdominale, fluctuante.

Du côté droit, on sent une petite masse profondément située, probablement annexielle.

La tumeur gauche est moins mobile dans la partie supérieure que dans la partie inférieure. Ces caractères rapprochés de crises de douleurs, de vomissements, permettent de diagnostiquer *des adhérences*

intimes dans ce point avec l'estomac. Col gras, muqueux ou ectropion.

Les mouvements imprimés à la tumeur ne se transmettent qu'imparfaitement à l'utérus. Rien à la vessie.

Laparotomie le 7 novembre 1893 (nº 432 du registre d'opérations). — Incision médiane de 10 à 12 centimètres. La ligne blanche est déjetée du côté de la tumeur.

On trouve l'épiploon adhérent sur la face antérieure de la tumeur, on le détache et on ponctionne immédiatement le kyste : il s'écoule un liquide dont on donnera plus loin la description.

On procède ensuite au détachement des adhérences avec l'intestin. En détachant ces adhérences, on s'aperçoit que la tumeur est retropéritonéale et qu'elle a d'une part des connexions avec la capsule graineuse du rein, d'autre part qu'elle s'insinue dans le ligament large.

Chemin faisant on rencontre les veines du plexus utéro-ovarien. On les écarte avec précaution et on achève de détacher la tumeur qui ne paraît avoir aucune espèce de pédicule vusculaire.

Cela fait, il reste une cavité située entre le rein et l'extrémité externe du ligament large. On ferme cette cavité dont il est tout d'abord difficile de préciser les limites : on finit par le combler au moyen d'un surjet de la profondeur à la superficie. Entre temps, on avait lié un certain nombre de vaisseaux, artères et veines appartenant au plexus utéro-ovarien. Cela fait, la trompe du côté gauche étant oblitérée, on enlève les annexes de ce côté.

Du côté droit, ainsi que l'exploration l'avait fait constater, on trouve un kyste du volume d'un œuf de dinde. On procède à une ablation, suture de la paroi par un double surjet au catgut pour le péritoine et les muscles. Suture de la peau au crin de Florence..., suites aseptiques, sort guérie le 3 décembre 1893.

M. Championnière. Nous avons déjà discuté ici cette question des laparotomies pour adhérences. Je me contenterai de rapporter l'observation d'un malade que j'ai opéré il y a trois ans dans des circonstances analogues à celles qu'a rapportées M. Terrier. Il s'agissait d'un malade qui, depuis une douzaine d'années, était tourmenté de douleurs gastriques survenant toujours de la façon suivante. Après un repas pris volontiers, souvent avec appétit, se montrait un malaise qui commençait doucement au bout d'une heure environ et allait grandissant de façon à devenir intolérable vers la troisième heure. La santé avait fini par être gravement atteinte et le malade allait s'éteignant lorsqu'il me fut présenté. Il avait consulté, on peut le dire, tous les médecins célèbres de l'Europe. Bien des suppositions avaient été faites. Celle qui avait réuni le plus de suffrages mettait la maladie dans la vésicule biliaire. Or, le diagnostic véritable n'avait été porté que par le médecin du malade, le Dr Stoïcesco (de Bucharest). Comme il l'avait pensé, je trouvai, après la laparotomie, des adhérences étendues entre le foie, l'estomac et le côlon

transverse. Mais ces adhérences étaient épaisses comme le pouce et dures comme du bois. Je mis à les disséquer plus d'une heure. L'opéré était si affaibli avant l'opération, il avait tant abusé de la morphine et se trouvait de ce fait aussi dans un état si cachectique, que dans son entourage on considérait l'issue fatale comme inévitable. Ces prévisions furent heureusement trompées. La guérison fut obtenue rapidement et d'une façon définitive. L'origine de ces adhérences fut difficile à établir. Il ne s'agissait sûrement pas d'une affection de l'estomac propagée aux parties voisines. On a pensé qu'elles pouvaient être consécutives à un abcès du foie ouvert dans l'intestin. Le malade avait éprouvé un an avant le début des accidents tous les phénomènes d'une inflammation intra-abdominale et probablement rendu du pus dans les selles. Il a fini, en somme, par se rétablir complètement et par guérir de sa morphinomanie.

M. Terrier. Dans les faits qu'il nous a cités, M. Bazy nous montre des accidents graves survenant à la suite d'adhérences quelconques des organes abdominaux. Nous connaissons tous des faits semblables, et je rappellerai que, quelquefois après la laparotomie, on est obligé d'intervenir une seconde fois pour libérer des adhérences qui causaient des douleurs ou de la gêne dans la circulation des matières intestinales.

J'ai eu en vue d'appeler l'attention sur les faits de ce genre qui concernent spécialement l'estomac. Ici, presque toujours, les médecins qui ont vu les malades ont pensé d'abord à des néoplasmes de cet organe. C'est donc un point de la chirurgie de l'estomac que j'ai visé. Je désire que cette notion subsiste, à savoir que dans certains cas, où tout pouvait faire penser à une tumeur, on se trouve en présence de simples adhérences dont la disparition amène la guérison du malade.

Le fait de M. Championnière se rapproche des miens. On avait pensé, nous a-t-il dit, à une affection de la vésicule biliaire. Le même diagnostic erroné a été fait plusieurs fois, et dans le travail que j'ai cité, plusieurs faits se rapportent à de simples adhérences de la vésicule.

Rapport.

Rétrécissement inflammatoire de la région iléo-cæcale. Résection de l'intestin. Entérorraphie circulaire. Guérison, par M. Henri Hartmann, chirurgien des hôpitaux.

Rapport par M. Richelot.

M. Hartmann vous a présenté, il y a quelques mois, l'histoire d'une jeune femme sur laquelle il a pratiqué, avec succès, la ré-

section du cæcum. Voici, en quelques mots, l'analyse de ce fait intéressant :

La malade a 32 ans ; elle souffre et perd l'appétit depuis une année ; elle est maigre, sans fièvre, est obligée de se purger souvent et sent elle-même une tumeur dans la fosse iliaque droite. Cette tumeur est allongée verticalement, peu mobile. L'urine est normale.

L'opération est faite le 18 avril 1893 : incision parallèle au bord externe du muscle droit ; l'iléon et le côlon ascendant se fusionnent en une masse informe adhérente à la fosse iliaque. M. Hartmann sectionne l'un et l'autre au voisinage de la masse, entre une pince longuette et un lien élastique qui ferme la lumière de l'intestin ; il désinfecte les surfaces de section avec un tampon de sublimé ; il décolle peu à peu la tumeur et l'enlève, puis résèque en V le mésentère. L'entérorraphie circulaire est faite avec l'aiguille de Hagedorn et la soie fine par deux plans, dont l'un réunit les muqueuses en un cylindre complet, et l'autre les surfaces péritonéales par le procédé de Lambert. L'épiploon est ramené sur la suture, le foyer opératoire limité en dedans par une lanière de gaze iodoformée qui sort à la partie inférieure de la plaie ; l'opération a duré une heure cinq minutes.

La malade guérit ; la mèche de gaze est retirée en deux fois, le 25 et le 27 avril ; un petit abcès pariétal se déclare, et la fistule qui en résulte est fermée seulement vers le 15 novembre. La malade, qui pesait 31 kilogrammes avant l'opération, en pèse 41 le 25 juillet.

L'examen à l'œil nu, l'histologie, la recherche bactériologique démontrent qu'il n'y a ni cancer ni tuberculose, mais seulement des *lésions inflammatoires chroniques* siégeant plus spécialement dans la sous-muqueuse et entraînant une hypertrophie de la couche musculaire.

Telle est, en résumé, l'observation de M. Hartmann ; la relation en est claire et précise ; l'opération a été faite habilement, et j'ajoute : avec simplicité. Peu d'attirail opératoire ; aucune pince extraordinaire, un tube de caoutchouc pour fermer l'intestin ; aucun procédé d'auteur pour unir les deux bouts, simple entérorraphie circulaire à deux plans. Sans doute le cas n'était pas des plus ardus, puisqu'il n'y avait pas de néoplasme ou d'infiltration diffuse ; aucune surprise, aucun incident opératoire ne sont signalés ; l'auteur n'a même pas été gêné par l'inégalité de calibre des deux bouts, car il n'en dit rien. Néanmoins, comme il y a beaucoup de chirurgiens qui, à chaque pas, inventent un instrument nouveau et font de la moindre opération une entreprise difficile, je n'hésite pas à louer cette tendance à faire le mieux possible avec les doigts, les instruments ordinaires et le bon sens.

C'est déjà un premier enseignement que nous pouvons tirer du travail de notre collègue. Pour en chercher d'autres, je me gar-

derai bien de faire ici l'histoire de la résection du cæcum, d'autant plus que la question a été reprise et bien mise au point dans deux thèses récentes, celle de M. A. Benoît sur la *tuberculose locale chronique de la région iléo-cæcale*, et celle de M. Marcel Baillet sur la *résection du segment iléo-cæcal de l'intestin*, dont M. Hartmann est justement l'inspirateur. Je me bornerai donc à de courtes réflexions.

J'ai dit que M. Hartmann avait rencontré un cas relativement simple, ce qui ne veut pas dire facile, car la résection du cæcum n'est jamais bien aisée. Or, ces cas relativement simples me paraissent assez fréquents, aujourd'hui qu'un bon nombre d'entre vous ont pris l'habitude de ne pas attendre, pour opérer, que les malades soient à moitié morts. Même s'il s'agit de cancer, à côté des tumeurs envahissantes et diffuses, il y en a qui peuvent se révéler de bonne heure par des symptômes très obscurs sans doute, mais suffisants pour entraîner l'intervention chirurgicale. J'ai cité à cette tribune, en 1892, le cas d'une jeune fille de 19 ans, à qui j'ai fait une résection partielle de la paroi cæcale, croyant à une lésion tuberculeuse, et chez laquelle l'examen histologique a démontré un épithéliome tubulé très circonscrit. S'agit-il de tuberculose, nous savons maintenant — je l'ai signalé dans ce même travail et la Société de chirurgie y est revenue depuis lors — que certaines typhlites tuberculeuses peu avancées, simulant plus ou moins l'appendicite vulgaire, sont justiciables d'une résection limitée ; que cette résection est singulièrement facilitée par le calibre de cette partie de l'intestin, et qu'on peut enlever un morceau de cæcum, suturer la paroi en plusieurs étages avec une grande sécurité sans craindre ni relâchement de la suture ni sténose consécutive, et obtenir ainsi des guérisons franches. Dans les formes de tuberculoses plus étendues, qu'on a prises quelquefois pour des cancers ou des sarcomes et qui entraînent forcément la résection totale, nous comptons maintenant bon nombre de cas heureux, auxquels s'attachent les noms de Bouilly, Terrier, Broca, Hartmann, etc. ; à mon tour, je vous ai présenté, en novembre 1893, un cæcum tuberculeux réséqué, dont l'histoire se trouve dans la thèse de Baillet. J'ai à peine besoin d'ajouter que les rétrécissements inflammatoires et les invaginations chroniques doivent, *a priori*, constituer des cas encore plus favorables, et qu'en somme, à la condition de mettre nos soins à dissiper les obscurités du diagnostic et à poser nettement les indications, tout nous invite à marcher dans cette voie et à poursuivre nos premiers succès.

Cela ne veut pas dire que la résection totale du cæcum — la seule que j'aie en vue — soit une opération parfaitement réglée. Bien au contraire, le manuel opératoire en est encore incertain.

Disons cependant qu'ici le problème ne paraît pas aussi difficile à résoudre que pour l'intestin grêle ; la région du cæcum est privilégiée, l'intestin est large, et le meilleur procédé d'abouchement paraît être une simple entérorraphie circulaire, qui ne risque pas beaucoup d'amener le rétrécissement. Les divers procédés d'anastomose qui ont donné lieu à tant d'expériences ne trouvent pas ici leur meilleure application ; il est permis d'agir plus simplement. L'inégalité de calibre entre les deux bouts ne crée pas une bien grosse difficulté. Enfin, les matières qui passent ne sont pas très fluides et la suture est moins menacée. Voilà des conditions favorables, et s'il y a des résections très difficiles, cela tient à d'autres causes, telles que l'étendue et la nature du mal, ses connexions, ses adhérences, qui font parfois de la tumeur iliaque une masse inextricable.

Mais si la résection totale du cæcum n'est pas, à tout prendre, le cas le plus dangereux de la chirurgie intestinale; il n'en est pas moins vrai qu'elle nous expose encore à de cruelles déceptions. Non que la lumière de l'intestin soit très compromise, je le répète ; mais le sphacèle des tuniques et l'insuffisance des points de suture sont toujours à craindre. Qu'on réunisse la séreuse ou qu'on gratte la muqueuse, c'est toujours la délicatesse extrême de la paroi qui crée le péril, et nous n'avons pas encore trouvé de suture infaillible. Le plus petit point mal nourri des tuniques intestinales suffit pour que tout soit perdu ; je l'ai bien vu dans une nouvelle opération que j'ai faite, le 23 décembre 1893, chez une femme de 60 ans. Le cas était particulièrement difficile, car il s'agissait d'un cancer entouré d'adhérences et de tissus lardacés, dont la dissection fut extrêmement laborieuse. Néanmoins l'opération fut régulière, en apparence complète et terminée sans accroc ; mais la malade mourut de péritonite, et je trouvai à l'autopsie un point de sphacèle et une perforation au niveau de la suture. Je n'avais pas vu, au cours d'une opération longue de deux heures, qu'un faible segment de l'intestin était dépouillé de mésentère.

La durée de l'opération est aussi, par elle-même, une cause de revers. Aussi quelques auteurs ont-ils préféré établir un anus contre nature en fixant les deux bouts dans la plaie abdominale, et chercher la guérison en deux temps ; c'est un pis-aller, un expédient qui peut servir, mais ce n'est pas là que doivent tendre nos efforts, ce n'est pas l'avenir de l'opération.

Où donc en sommes-nous maintenant, que devons-nous faire, et qu'avons-nous le droit d'espérer? Pour ma part, je suis tenté de voir, dans l'usage du *bouton de Murphy*, un énorme progrès. Cet instrument, ingénieux et parfaitement simple, ces deux petites cuvettes circulaires qui, en se rapprochant, réunissent les deux bouts

de l'intestin avec la plus grande facilité, en quelques minutes et à l'exclusion des sutures, me paraissent, mieux que tout autre procédé jusqu'ici connu, résoudre le problème de l'abouchement intestinal. Ces deux cylindres, mâle et femelle, qui glissent l'un dans l'autre et réservent le passage des matières, ces fils courants qui attirent l'intestin et son mésentère entre les deux cuvettes, cette pression atrophiante qui détermine l'adhésion des surfaces péritonéales, produit une cicatrice linéaire et ménage le calibre de l'intestin, semblent répondre à toutes les indications. Aussi, à la prochaine occasion, serai-je curieux de m'en servir.

Je sais bien qu'on a fait des expériences et pris des mesures pour démontrer que le bouton de Murphy ne peut traverser l'intestin grêle. J'en suis désolé, car beaucoup de chiens et plusieurs malades ont déjà rendu leur bouton. La recherche de la mesure exacte, l'amour du millimètre appliqués à l'anatomie vivante et à la chirurgie m'ont toujours laissé rêveur. Voilà des expériences qui démontrent que le bouton de Murphy ne passera pas ; mon malade rend son bouton et guérit ; qui dois-je croire ? Mon malade, sans doute, a beaucoup d'audace ; néanmoins, j'incline à penser que c'est lui qui a raison.

Il faut remarquer, d'ailleurs, que nous sommes ici dans des conditions favorables au passage du bouton, car, placé à l'entrée du gros intestin, il trouve immédiatement une voie large et a peu de chemin à parcourir. Certainement, c'est pour la résection du cæcum que l'objection a le moins de valeur.

Je termine en disant que les opérations pratiquées sur la région iléo-cæcale, malgré la gravité de certains cas, donnent de bons résultats et doivent être encouragées ; que de grands progrès ont été réalisés dans le manuel opératoire et qu'il faut se garder de les accueillir avec scepticisme ; qu'enfin les observations comme celle de M. Hartmann sont d'utiles contributions à l'étude de la chirurgie intestinale, et méritent à leurs auteurs les remerciements de la Société de chirurgie.

Discussion.

M. Championnière. L'entérorrhaphie pour anastomoser l'iléon avec le côlon me paraît une opération fort difficile. On ne peut pas, comme ailleurs, attirer les organes au dehors ; le champ d'action est limité ; les lésions remontent souvent assez haut. Dans ces conditions, je le répète, l'entérorrhaphie est souvent fort difficile. Dans un cas où le côlon avait été sphacélé au niveau d'une hernie étranglée, je dus, après trois opérations infructueuses, recourir à l'entérorrhaphie. Le malade succomba, quoique l'opération parut avoir bien réussi ; l'état d'épuisement dans lequel il se trouvait fut cause

Paris. — Imp. Paul Dupont, 4, rue du Bouloi (Cl. 49.12.94). Le gérant : G. Masson.

de cette issue funeste. Mais j'ai gardé de cette intervention l'idée qu'elle est des plus difficiles. Je ne crois même pas que l'application du bouton de Murphy soit ordinairement facile.

M. Richelot. L'abouchement au moyen du bouton de Murphy ne paraît pas devoir présenter les difficultés que redoute M. Championnière. La différence de calibre des deux intestins n'a pas dans ce procédé la moindre importance puisque l'intestin peut être plissé, pelotonné autour du bouton, quel que soit son calibre. J'avoue que je parle de ce procédé sans l'avoir jamais appliqué et que mes conclusions sont, à ce point de vue, le résultat d'un raisonnement *a priori*.

M. Championnière. Je n'ai pas plus d'expérience que M. Richelot du bouton de Murphy ; mais je ne crois pas que la juxtaposition de deux parties aussi différentes l'une de l'autre que le cæcum et l'iléon soit, même avec lui, aussi facile que mon collègue le suppose. En tous cas pour l'entérorraphie, la difficulté est bien réelle.

M. Richelot. C'est avec le côlon que se fait l'anastomose ; il est déjà un peu moins différent de l'iléon que le cæcum. Je persiste à croire que pour l'application du bouton de Murphy, cette dissemblance est peu importante.

M. Th. Anger. J'ai pratiqué il y a deux ans l'abouchement de l'iléon avec le côlon. Il s'agissait d'un cancer du côlon déjà adhérent à la paroi abdominale. Or l'iléon était épais, hypertrophié; il n'avait qu'un fort petit calibre, tandis que le côlon était mince et fort large. Ces conditions anatomiques rendaient l'opération très difficile. J'ai pu pourtant la mener à bonne fin. La malade est partie guérie ; mais la tumeur a récidivé dans la paroi abdominale au bout de dix-huit mois.

Présentation de malades.

1° *Rupture musculaire totale du moyen adducteur ; mode particulier de suture; succès immédiat ; insuccès définitif.*

M. Delorme présente, à la Société, un homme atteint d'une rupture du moyen adducteur en s'exerçant au gymnase.

Dans un exercice de voltige, ce malade, il y a 8 mois, se rompit le moyen adducteur gauche. La fausse hernie représentait une masse globuleuse du volume d'un œuf de poule, occupant le tiers supérieur de ce

muscle, molle au repos, dure pendant sa contraction, et permanente. Ni au repos, ni pendant les contractions, on ne constatait de sillon transversal et lorsque le muscle se contractait, sa partie supérieure seule faisait saillie. J'avais donc affaire à une rupture totale, aux attaches inférieures.

Quatre mois après l'accident, je tentai de redonner au muscle rompu de nouvelles insertions.

Au cours de l'opération, je constatai que ce muscle recouvert d'une aponévrose intacte, était renflé à son extrémité terminale en forme de tête d'oignon. Là ses fibres s'inséraient sur une sorte de tendon cylindrique, médian, du volume de la moitié du petit doigt; les internes se fixaient directement, les externes en se recourbant. Je songeai d'abord à dégager cette masse fibreuse, à m'en servir pour attirer le muscle en bas et, après l'avoir raccourcie, à la fixer au niveau des insertions inférieures de l'adducteur. La traction exercée sur cette corde n'amenant aucun résultat, je m'adressai à la suture directe.

Je dégageai les fibres au ras du tendon médian que j'excisai, puis le muscle ayant repris une forme aplatie, je passai à travers ses faisceaux postérieurs ou profonds une ligne de 6 fils de soie à anse, assez rapprochés; à travers les faisceaux moyens et superficiels une deuxième et une troisième série d'anses.

Ces anses de fils furent fixées aussi bas que possible et par étages, les postérieurs moins bas que les moyens et les moyens moins bas que les inférieurs. Après sa fixation le muscle avait repris les deux tiers de sa longueur et toute tuméfaction avait disparu. Suture de l'aponévrose Le résultat immédiat était donc très satisfaisant.

Malheureusement, malgré les précautions prises, la plaie suppura en un point chez ce malade indocile et, dans les premiers jours, croissait dans son pansement; quelques fils se séparèrent. Néanmoins, quand deux mois après l'opération, je voulais vous présenter ce malade bien guéri, marchant depuis quelque temps déjà, le résultat avantageux s'était maintenu.

Depuis ces deux derniers mois, le succès s'est changé en insuccès partiel; la tuméfaction a reparu en partie. Elle n'a cependant que la moitié du volume qu'elle avait avant mon opération.

Un seul cas ne permet pas de juger de la valeur d'une technique opératoire; aussi, sur malade semblable, je me promets de la répéter et j'espère en obtenir un meilleur résultat.

Discussion.

M. Michaux. Je me demande si des sutures placées comme celles de M. Delorme sur un muscle rompu, ne sont pas forcément destinées à déchirer les tissus. Dans des cas analogues, je me suis bien trouvé de la simple résection de ces fausses hernies musculaires. Les muscles voisins suppléent d'ordinaire très suffisamment le

muscle absent. A mon sens il y a donc presque plus d'intérêt à réséquer le muscle rompu qu'à le suturer.

M. Delorme. Je crois qu'en principe et jusqu'à plus ample informé, il vaut mieux chercher à suturer un muscle que l'enlever. Que si la récidive partielle tenait à la section des fibres musculaire par les anses de fil, comme le pense M. Michaux, je l'aurais probablement observée bien plus tôt, dès les premiers mouvements du malade.

2° *Malade atteint de fracture de deux os de la jambe, vicieusement consolidée; intervention; suture; greffe osseuse d'un fragment accidentellement détaché.*

M. Delorme. Le malade que je vous présente a été opéré pour une fracture des deux os de la jambe, à la réunion du tiers inférieur et du tiers moyen avec déviation du pied en valgus. Marche très difficile. Six mois après l'accident, dégagement du péroné soudé au tibia, section oblique de ce dernier os au niveau du trait primitif de la fracture. Suture osseuse. Guérison avec rectitude complète du membre et fonctionnement normal. Marche facile pendant plusieurs heures consécutives.

Au cours de l'opération, pendant le dégagement du péroné, séparation de la pointe du fragment supérieur du tibia sous forme d'une esquille libre, de la grosseur de la dernière phalange du pouce. Suture. Reprise de la greffe osseuse.

3° *Occlusion intestinale. Laparatomie. Guérison.*

M. Routier. La malade que j'ai l'honneur de vous présenter est intéressante d'abord pour sa guérison d'une occlusion intestinale, ensuite parce qu'elle a subi, il y a 3 ans, une laparatomie pour péritonite tuberculeuse par mon collègue et ami Gérard-Marchant.

Quand je l'ai vue, elle était bien bas, malade depuis quatre jours; je fis une laparatomie médiane qui me permit de reséquer l'épiploon qui s'insérait au fond du petit bassin et faisait une bride contre laquelle un anse d'intestin venait s'étrangler. Il y avait en outre un anse de 40 centimètres qui présentait une série de plicatures par le fait d'une fausse membrane que je coupai aux ciseaux; l'anse se développa, les gaz circulèrent, je refermai.

Les suites furent simples, et la malade est parfaitement guérie.

Ce qui est très intéressant, c'est que le péritoine paraissait parfaitement sain et ne présentait aucune trace de tubercule appréciable à l'œil nu.

Présentation de pièces.

Tumeur congénitale sacro-coccygienne enlevée chez un enfant de deux mois, par M. Broca.

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,
Peyrot.

Séance du 7 novembre 1894.

Présidence de M. J.-L. Championnière.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° *A propos d'un cas de cystostomie*, par M. Pousson (de Bordeaux), membre correspondant. Brochure in-8°, Bordeaux, 1894 ;

3° *Nouveaux essais de topographie cranio-encéphalique ; applications chirurgicales*, par M. E. Masse (de Bordeaux) et M. J. Woolongham.

Communication.

Hyponéphrose congénitale chez un enfant de 2 ans. Ablation par la voie lombaire. Guérison,

Par M. Martin (de Genève), membre correspondant.

Observation (résumée). — Garçon de 2 ans, légèrement rachitique, portant dans le ventre une tumeur arrondie occupant l'hypochondre et

l'hypogastre gauche et dépassant de trois travers de doigt la ligne médiane. Fluctuation très nette et sensation de flot.

24 mai. Ponction exploratrice, 600 grammes d'un liquide clair, légèrement jaunâtre, de composition suivante : densité, 1006 ; urée, 3 grammes par litre ; éléments cellulaires rappelant ceux du rein ; ni albumine, ni crochets.

De suite après la ponction, douleurs vives dans l'abdomen, suivies de vomissements alimentaires, puis bilieux. Ces accidents ont complétement cessé le lendemain matin.

Sept jours après le liquide s'est reproduit. Tumeur aussi tendue qu'auparavant. Etat général bon. Urine normale, non albumineuse, un litre par jour.

Diagnostic : Hydronéphrose congénitale.

Opération le 5 juin. — Incision de 10 centimètres partant du bord antérieur de la masse sacro-lombaire et empiétant sur lui, à un travers de doigt au-dessous de la 11e côte, à direction oblique en bas et en dedans. La tumeur est saisie avec des pinces et comme elle paraît adhérer dans toute son étendue, elle est fixée aux lèvres de la plaie au catgut, puis incisée. Issue d'un litre de liquide clair.

On constate alors que les adhérences cèdent à une légère traction. On se décide alors à l'extirpation qui se fait aisément. De la partie inférieure de la tumeur se détache un cordon blanc qui est lié à 2 centimètres de la paroi de la poche et fixé aux bords de la plaie.

Le hile est facilement attiré presque jusque dans la plaie, et lié par une double ligature à la soie. On n'aperçoit ni l'intestin ni les autres organes de la cavité abdominale.

Suture; drain entouré de gaze stérilisée; pansement avec gaze stérilisée et ouate.

5 et 6 juin. Légère réaction (38°,6 le soir, 38°,2 le matin). Urines rares.

7 juin. La fièvre est tombée. Urines plus abondantes.

9 juin. 1 à 2 gouttes de sérosité louche au niveau du drain, qui est enlevé le 14.

Exeat le 14, guéri.

Revu le 15 septembre. Le malade va bien, a beaucoup engraissé. Urine 2 litres par jour.

Examen de la pièce. — Tumeur kystique du volume d'une tête d'enfant. La paroi se compose de deux parties, l'une mince membraneuse, l'autre épaisse de 6 à 8 millimètres, charnue, qui présente à sa surface interne cinq dépressions plus ou moins profondes, correspondant aux calices du rein. On trouve au fond de ces culs-de-sac des restes des papilles complètement atrophiées.

L'orifice de l'uretère est *excessivement étroit ;* il se laisse à peine traverser par un très fin stylet.

L'uretère s'insère obliquement sur la tumeur, de sorte que son bord inférieur devait former une valvule lorsque le bassinet était rempli de liquide.

L'*examen microscopique* de la partie épaisse montre qu'il s'agit d'un rein atrophié ; les glomérules sont normaux, leur capsule est épaissie ; les canalicules sont minces, leur épithélium petit non dégénéré. Le tissu conjonctif intra-canaliculaire est considérablement augmenté sans infiltration cellulaire et présente par places un caractère nettement fibrillaire. Pas d'altération des artères.

Réflexions. — La cause de cette hydronéphrose réside très probablement dans l'étroitesse de l'uretère au niveau de son origine rénale.

Existait-il de plus une coudure de l'uretère à ce niveau ? Nous ne le savons, notre attention ne s'étant pas portée de ce côté au moment de l'opération.

Pour ce qui est de la valvule constatée à la hauteur de l'abouchement de l'uretère dans le bassinet, avec la majorité des auteurs, nous la considérons comme consécutive à l'hydronéphrose.

Nous n'avons aucune raison de penser que le rein ait été mobile avant la formation de l'hydronéphrose.

Quant à la cause de l'étroitesse congénitale de l'uretère, elle nous échappe absolument.

Envisageant ensuite la question du *traitement* de l'hydronéphrose, M. Martin passe successivement en revue les divers moyens proposés.

La *ponction* n'est pas toujours innocente. Il existe un cas de mort à sa suite [1], et dans l'observation qui précède, l'enfant a été plus malade après une ponction capillaire qu'après la néphrectomie. De plus malgré quelques cas de guérison (Krause [2], Hillier [3], Wœlfler [4]) la ponction est généralement suivie de récidive.

La *néphrotomie* lombaire ou transpéritonéale avec fixation de la poche aux parois et drainage est bien souvent suivie de fistule nécessitant une nouvelle intervention.

Il existe cependant des cas de guérison par ce moyen (Rupprecht [5], Tuchnolls [6], etc.), mais après un temps considérable et des accidents divers.

Il est évident, d'autre part, que si l'hydronéphrose est double ou si l'on n'a pu s'assurer de l'intégrité de l'autre rein, l'incision ou la ponction s'imposent.

[1] D'après Ebstein, *Traitement de l'hydronéphrose* dans l'*Encyclopédie de Siemnen.*

[2] Krause, *Arch. f. klin. Chir.*, 1862, t. V, p. 333, et t. VIII, p. 704.

[3] Hillier. *Med. und chir. Transact.*, t. XLVIII, p. 73. London, 1865.

[4] Wœlfler, *Wien. med. Wochenschr.*, 1876.

[5] Rupprecht, cité par Rœmer, *Inaug. dissert.* Basel, 1888, p. 20.

[6] Tuchnolls et Symonds, *Lancet*, 1882, t. II, p. 141. — V. aussi Kaufmann, *Corresp. Bl. f. schw. Aertzte*, 1890, p. 34.

La *néphrectomie* paraît au contraire préférable dans les cas d'hydronéphrose *unilatérale* volumineuse chez l'enfant.

La mortalité à la suite de cette opération, depuis l'emploi de l'antisepsie, est en effet peu considérable. Sur 26 cas recueillis par Arnould [1] il n'a trouvé que 2 morts. Israël [2] qui a pratiqué 9 fois la néphrectomie lombaire pour hydronéphrose (dont 1 cas chez un enfant de 5 ans), ne compte que des succès.

Enfin sur 10 observations, recueillies par nous, de cette opération chez des *jeunes enfants*, nous ne relevons qu'une seule mort, chez un enfant de 11 mois, chez lequel le second rein était malade [3].

La néphrectomie admise, la fera-t-on par voie *péritonéale* ou par voie *lombaire ?*

Arnould, dans sa thèse, paraît partisan de la voie péritonéale ; M. le professeur Terrier de même, à moins que la tumeur ne soit très petite.

Israël au contraire est un partisan déclaré de la voie lombaire. Toutes ses extirpations du rein, au nombre de 37, avec une mortalité de 6, ont été pratiquées par cette voie. Si l'on a soin de pratiquer de longues incisions, dans une direction convenable, l'accès du champ opératoire est aussi facile que par la méthode transpéritonéale.

Sur les 10 observations que nous avons recueillies (la nôtre comprise) 8 ont été pratiquées par la voie lombaire et 2 par la voie péritonéale [5].

De la lecture de ces observations il semble résulter que la voie lombaire chez l'enfant facilite l'opération même quand la tumeur est volumineuse et qu'il est nécessaire d'inciser le péritoine comme l'ont fait Rupprecht et Schattauer [6].

Concluons donc que, dans l'hydronéphrose congénitale unilatérale chez l'enfant, alors qu'on a pu s'assurer de l'intégrité relative de l'autre rein, le meilleur mode de traitement paraît être, dans la grande majorité des cas, la néphrectomie lombaire.

[1] Arnould, *Thèse de Paris*, 1891.

[2] Israel, *Arch. f. klin. Chir.*, t. XLVII, p. 370.

[3] Lloyd, *Birmingham med. Review*, 1886 (2 observ. dont 1 mort). — Voir aussi Sprengel, *Tagebl. der 61 Versamml. deutschen Aertzte in Köln 1889; Wissensch. Theil*, p. 136.

[5] Thornton, *Lancet*, 1888, t. I, p. 870; Thiersch, cité par Rœmer, *loc. cit.*, p. 22.

[6] Schattauer, *Centralbl. f. Chir.*, 1887.

A propos du procès-verbal.

Sur l'emploi du bouton de Murphy.

M. Quénu. Je partage complètement l'opinion qu'exprimait dans la dernière séance M. Richelot. Comme lui je considère les objections faites par M. Chaput à l'emploi du bouton de Murphy comme purement théoriques. Je vous présente ici un de ces boutons que j'ai appliqué voici trois mois chez un malade atteint de carcinome stomacal. Le petit appareil a été rendu sans difficulé, en temps voulu, et le malade est sorti de l'hôpital au bout de trois semaines. Il se considère comme guéri, mange bien et travaille sur les toits de son métier de couvreur.

Communication.

Des ouvertures chirurgicales de la vessie par-dessus le pubis.

Par M. Pousson (de Bordeaux).

C'est à dessein que j'emploie cette expression d'*ouvertures chirurgicales de la vessie* au lieu de celle de *cystotomie* ou de *cystostomie*. En effet, dans les diverses appréciations portées sur la valeur de la section de ce viscère par le chirurgien, on n'a pas tenu suffisamment compte, il me semble, de la différence capitale qui sépare la cystotomie de la cystostomie.

Ces deux opérations diffèrent non seulement au point de vue opératoire, mais surtout au point de vue de leurs résultats anatomiques et fonctionnels.

La cystotomie sus-pubienne, opération déjà ancienne, consiste tout simplement dans l'ouverture de la vessie à travers la ligne blanche. Elle est préliminaire ou temporaire, si on suture de suite les lèvres de la plaie, ou si on les laisse se réunir après un court délai. Nous n'avons pas ici à nous occuper de cette variété de cystotomie, qui n'est qu'une étape préparatoire d'un acte chirurgical plus important, comme l'extraction d'un calcul, l'extirpation d'un néoplasme. Si l'ouverture de la vessie est maintenue béante par un procédé quelconque, la cystotomie est permanente. C'est elle que l'on doit opposer à la cystostomie. Dans la cystostomie, opération récente, imaginée par M. Poncet, le chirurgien ne se contente pas d'ouvrir la vessie, mais il suture de plus ses parois aux téguments de l'abdomen.

Ainsi, tandis que le trajet de la cystotomie est successivement saignant, granuleux et cicatriciel, celui de la cystostomie est d'emblée cutanéo-muqueux.

Physiologiquement, l'ouverture de la cystotomie fonctionne comme une fistule béante et inerte, laissant couler incessamment l'urine ; l'ouverture de la cystostomie fonctionne comme un canal à parois souples, sinon contractibles, appliquées l'une à l'autre et permettant à l'urine de s'accumuler dans la vessie et de s'échapper à certains intervalles par une miction hypogastrique.

Ainsi comprises, ces deux manières d'ouvrir la vessie répondent chacune à des indications bien déterminées. La cystotomie sera employée toutes les fois qu'un état malade réclamera la suppression physiologique de la vessie comme réservoir. La cystostomie sera pratiquée toutes les fois qu'une affection du canal s'opposera à l'émission naturelle de l'urine et au passage de la sonde.

Les indications de la cystotomie sont nettes, elle est l'*ultima ratio* de la chirurgie en présence d'une névralgie vésicale, d'une cystite douloureuse, d'une hémorragie ayant résisté à toutes les médications internes et externes. J'y ai eu recours 6 fois : 4 fois pour des cystites douloureuses, 1 fois pour une cystite à la fois douloureuse et hémorragique, 1 fois pour des hématuries profuses chez un néoplastique. Sauf chez deux malades qui ont continué à souffrir, malgré un drainage parfait de la vessie, j'ai obtenu chez les autres la suppression des douleurs et des pertes sanguines.

Les indications de la cystostomie sont plus difficiles à saisir. C'est d'abord au traitement des prostatiques que M. Poncet l'a appliquée. Selon ce chirurgien, elle est réclamée toutes les fois que le cathétérisme est impossible, difficile, douloureux, qu'il doit être fréquemment répété, qu'il existe de fausses routes. Sans discuter pied à pied ces indications, je crois que dans l'immense majorité des cas, la ponction capillaire et aseptique de la vessie et la sonde à demeure y satisferont et à moins de frais. Jusqu'à ces derniers temps, il ne m'était arrivé qu'une fois de ne pouvoir vider un prostatique, tout récemment j'ai éprouvé le même échec, et jusqu'à la même époque, j'ai eu à soigner un malade chez lequel la déformation de la prostate rendait le cathétérisme extrêmement difficile. Au lieu de la cystostomie, j'ai ouvert, chez ce dernier, la vessie et réséqué le lobe moyen s'opposant au passage des instruments. Le réservoir ayant été fermé de suite, le malade a guéri en huit jours, et, après s'être sondé pendant quelques jours avec une sonde en caoutchouc, il a pu uriner spontanément. J'ai tenté la même opération chez mon premier malade, mais en raison de son âge (75 ans) et de l'état de ses voies urinaires, il a succombé. La simple cystostomie l'eût-elle sauvé ? Toutes les opérations sont

graves chez les vieux prostatiques rétentionnistes presque toujours infectés : l'évacuation lente et antiseptique de la vessie par la sonde ou par des ponctions capillaires, si l'urètre est bloqué, vaudra toujours mieux que l'évacuation brusque par une incision quelconque, même sous le couvert de l'antisepsie.

Je n'ai encore trouvé l'occasion de pratiquer la cystostomie quo chez un seul malade atteint de fistules périnéo-scrotales nombreuses et étendues. La dérivation de l'urine a permis aux fistules de se fermer, et j'ai pu m'assurer du bon fonctionnement de l'urètre chirurgical et en particulier de sa continence.

Sans nier les services que l'opération de M. Poncet pourra rendro chez un petit nombre de prostatiques, je crois qu'elle trouvera surtout son indication dans d'autres affections du canal.

Suite de la discussion sur la cystostomie sus-pubienne.

M. Routier. — Depuis que j'ai pris le service Civiale à l'hôpital Necker, j'ai dû étudier plus particulièrement la cystostomie. J'aurais cependant attendu quelque temps encore avant de vous en parler, mais puisque la discussion s'ouvre sur ce sujet, vous me permettrez de vous apporter les résultats que j'ai obtenus, résultats que je ferai suivre de quelques réflexions que m'ont suggérées les faits observés.

Dans le rapport qu'il nous a lu au cours de la dernière séance, notre collègue et ami M. Tuffier s'efforçait de poser les indications de cette opération.

C'est là, en effet, le point capital, car, par l'abus, on pourrait faire retomber dans l'oubli dont l'a tirée M. Poncet (de Lyon), une opération qui, je crois, mérite de compter au nombre des bonnes ressources thérapeutiques.

Il me semble toutefois qu'on peut simplifier le tableau des indications que nous a donné notre collègue en les groupant de la manière suivante :

Cette opération me paraît très bonne à conseiller:

1° Contre la douleur, dans les diverses cystites par conséquent;

2° Contre certains phénomènes de rétention chronique, y compris les cas d'hémorragies vésicales;

3° Comme adjuvant dans la cure des fistules de l'appareil urinaire siégeant, soit sur la vessie elle-même, soit sur son canal excréteur.

Je négligerai à dessein cette dernière indication, pour ne m'occuper que des deux premières.

Vidons tout d'abord la question de gravité inhérente à cette opération; il est de mode aujourd'hui, toutes les fois qu'on parle d'une intervention chirurgicale, d'établir à l'aide de chiffres et d'opérations mathématiques, ce qu'on appelle le pourcentage de la mortalité, et chacun pour cela arrive avec des statistiques plus ou moins importantes; or, je mets en fait, que dans le cas qui nous occupe, il est impossible de donner des chiffres ayant une valeur réelle; il faudrait, en effet, pour arriver à la vérité, établir en regard des faits de cystostomie, le pourcentage de la mortalité des vieux urinaires traités par le simple cathétérisme; or, les vieux prostatiques en particulier chiffrent pour un assez grand nombre parmi les morts survenues dès le premier ou le second jour de leur admission dans ma salle d'hôpital, sans qu'on ait eu à intervenir autrement que par un ou deux cathétérismes. Je peurrais en inférer que le cathétérisme est souvent une opération mortelle, thèse qu'aucun de nous sans doute ne voudrait soutenir.

Je ne tiendrai donc pas compte des chiffres pour juger la cystostomie, il me suffira de vous soumettre les résultats de ma pratique en insistant sur les détails relatifs à chaque malade opéré.

Tout d'abord, et d'accord en cela avec M. Tuffier, je n'ai jamais pratiqué la cystostomie pour remédier à une rétention aiguë, j'ai toujours pu arriver à passer dans la vessie, soit une sonde, soit une fine bougie qui permettait au malade de vider son contenu.

Contre le phénomène douleur, j'ai fait cinq fois la cystostomie dans des cas de cystites douloureuses; sur ces cinq cas, j'ai eu une mort qui, dans une statistique, serait évidemment comptée au passif de la cystostomie; on m'accordera qu'il n'en est rien, si on sait que le malade chez lequel je l'ai employée était un tuberculeux généralisé arrivé à son ultime période et chez lequel les douleurs vésicales étaient telles, que malgré son état avancé, il me parut légitime d'ouvrir sa vessie.

J. A..., âgé de 38 ans, entré à Necker, salle Civiale, le 18 juin 1894, est un tuberculeux avéré à la 3e période; outre son état pulmonaire avancé, il porte des traces multiples de tuberculose locale, abcès restés fistuleux des deux épididymes, ostéites fistuleux, etc.

Depuis le mois de mai, les mictions sont devenues fréquentes, douloureuses et accompagnées d'hématuries.

A son entrée, il urine toutes les sept ou huit minutes avec la face angoissée, il ne dort pas.

Les deux reins sont douloureux, sensibles à la pression et trop tangibles.

Les calmants ne produisant rien, je fais le 27 juin une cystostomie; la vessie est couverte d'ulcérations et contient un dépôt grisâtre qu'on a de la peine à enlever.

Les suites furent simples, la douleur disparut, les urines devinrent moins purulentes.

Mais la mort survint le 8 juillet, onze jours après l'opération, par le fait de la marche de la tuberculose, non du fait de l'opération.

Dans les quatre autres cas, la cystostomie a trois fois été faite chez des hommes atteints aussi de cystites douloureuses, une fois chez une femme.

Le premier de ces malades, âgé de 45 ans, portait trois grosses ulcérations de la région du trigone.

Je les cautérisai au thermo-cautère, la cystostomie a fait disparaitre les douleurs, a supprimé les hématuries; depuis juillet il conserve sa fistule, et si par malheur il s'engage quelques gouttes d'urine dans son canal, il éprouve dans la verge des douleurs atroces.

Le second est un malheureux jeune homme de 20 ans que j'ai trouvé à mon arrivée à Necker, dans la salle Civiale, pour une cystite blennorragique.

Les instillations d'argent parurent le soulager tout d'abord, mais bientôt les douleurs, la fréquence des mictions, tout redoubla, rien ne pouvait le calmer. La cystostomie, que je devais lui faire avant de partir en vacances, fut pratiquée en mon absence et, grâce à elle, quand on lui met une sonde de Ch. Nélaton dans sa fistule hypogastrique, en ayant soin de la choisir à bout vésical extrêmement court, il ne souffre plus.

Comme le précédent, dès qu'un peu d'urine coule dans son canal, les douleurs reparaissent.

Le troisième est un cas tout récent, dans lequel la cystostomie a calmé instantanément les douleurs.

Le quatrième cas a trait à une femme à qui j'ai, plusieurs mois de suite, donné des soins pour une cystite douloureuse survenue à la suite d'une grossesse.

Elle avait subi déjà, de la part d'un autre chirurgien, plusieurs opérations sur l'utérus, interventions dirigées aussi, mais sans succès, contre cette cystite.

Obéissant à une fausse idée théorique, j'ai fait à cette malade une cystostomie sus-pubienne, mais elle a été fort mal soulagée et les crises douloureuses se sont reproduites, si bien que j'ai fait ultérieurement chez elle la fistule vésico-vaginale qui l'a complètement débarrassée de ses douleurs.

Je noterai, en passant, que pour guérir sa fistule hypogastrique il a suffi d'enlever la sonde deux jours.

Reste maintenant la catégorie plus nombreuse et plus intéressante des rétentionnistes chroniques.

Je suis loin d'employer la cystostomie comme remède à tous ces cas, tantôt le cathétérisme répété, tantôt la sonde à demeure, suffisent largement à conjurer les accidents; mais il vient un moment où ces moyens échouent, c'est alors que la cystostomie trouve son indication.

J'ai pratiqué sept fois la cystostomie dans ces conditions, ce chiffre modeste vous prouvera que j'en use avec modération.

Ces sept cystostomies m'ont fourni trois morts et quatre succès.

Analysons d'abord les morts :

Dans le premier cas, il s'agissait d'un individu âgé de 57 ans, F. M..., qui vint salle Civiale, à Necker, le 23 février 1894, pissant avec peine toutes les dix minutes une urine sale, ammoniacale.

Sa prostate était grosse, irrégulière, avec proéminence du lobe gauche, bien qu'il n'eût jamais eu ni traumatisme ni maladie vénérienne, les explorateurs à boule étaient arrêtés en avant du bulbe, la bougie n° 12 était le maximum de ce qui pouvait passer.

Quelques jours après, le 12 lui-même était arrêté; je pénétrai cependant avec une bougie filiforme armée et fis l'urétrotomie interne, parce que son urine était très chargée de pus.

Tout alla bien d'abord, mais douze jours après cette urétrotomie, on éprouvait les mêmes difficultés pour le sonder, la quantité de pus augmentait dans l'urine; l'état général était très mauvais, je me décidai à faire la cystostomie le 10 avril.

Le 11, le malade mourait, et j'attribuais sa mort autant aux suites du chloroforme qu'à l'opération elle-même.

C'était un tuberculeux général, avec des lésions pulmonaires avancées, des ulcérations de l'urètre, de la vessie, de l'intestin et des reins suppurés.

Le second est un homme de 74 ans, D. H..., entré le 5 mars 1894, salle Civiale, qui se sondait depuis plus de cinq ans; ces jours derniers, la sonde n'avait plus passé, de sorte qu'il urinait par regorgement, sans avoir cependant une vessie très distendue.

La prostate était énorme, je ne pus passer qu'une bougie filiforme que le malade ne garda pas, mais qui favorisa la miction pendant quelques jours.

L'urine était rouge et purulente, l'état général se gâtait, je pratiquai la cystostomie le 20 mars.

Le chloroforme m'avait paru nuisible dans le cas précédent, j'essayai de faire la cystostomie avec la cocaïne, mais l'anesthésie fut si incomplète que je dus, pour terminer l'opération, administrer le chloroforme.

Dès le lendemain la congestion pulmonaire était intense et le malade succombait trois jours après.

Je reste convaincu, qu'avec ou sans intervention, la terminaison eût été la même et dans les mêmes délais.

Le troisième est un cas plus complexe. M..., âgé de 69 ans, était vieil urinaire, prostatique et rétentionniste, il se sondait depuis huit ans.

A plusieurs reprises il avait eu cinq attaques de rétention aigüe, je le vis pour sa sixième. Une sonde à béquille 19 passa malgré une fausse route qu'avait dû se faire le malade; il ne put supporter cette sonde à demeure, mais cependant son passage quotidien rendit les mictions possibles quoique difficiles.

L'urine était purulente, ammoniacale. C'est ce qui me fit proposer la cystostomie qui fut pratiquée le 18 août.

Au cours de l'opération j'enlevai le lobe gauche de la prostate, j'espérais que tout irait bien, mais le cœur faiblit et le malade mourut cinq jours après, beaucoup plus par le cœur et les poumons que par son appareil urinaire.

Dans ce cas, la cystostomie a été sans nul doute ce que toute autre intervention aurait été chez lui, la goutte d'eau qui a fait déborder le verre, qui a rompu cet équilibre instable à l'aide duquel il vivait encore, mais qu'un rien suffisait pour détruire; je dois m'accuser de n'avoir pas reconnu cela avant l'opération.

Passons maintenant à un chapitre plus agréable à traiter, celui des guérisons obtenues par la cystostomie.

Dans un premier cas, il s'agissait d'un homme de 65 ans, tourmenté de troubles de la miction depuis douze ans; à plusieurs reprises il avait eu des attaques de rétention aiguë, c'est pour la dernière de ces attaques qu'il entra dans mon service, salle Civiale, le 28 mars.

Je commençai d'abord par le cathétérisme, sa prostate était peu saillante dans le rectum et n'était pas dure. Malgré tout ce que nous pûmes faire, les mictions restaient très fréquentes et incomplètes, il ne vidait pas sa vessie, conservait toujours un résidu de 70 à 80 grammes, et l'urine restait ammoniacale et purulente.

Fréquemment il avait des accès de fièvre, la sonde à demeure, les lavages ne produisaient aucune amélioration; l'état du malade s'aggravait de jour en jour, il allait certainement nous glisser entre les mains, lorsque je résolus, le 7 juin, deux mois et demi après son entrée, de lui faire la cystostomie.

Au cours de l'opération, je constatai que le lobe gauche de la prostate faisait une énorme saillie dans la vessie.

Dès le 12, cinq jours après par conséquent, son état général se relevait, malgré un peu de phlegmon des bords de sa fistule hypogastrique, et il a pu quitter le service en parfait état, avec une sonde de Ch. Nélaton.

Je n'hésite pas à affirmer que la cystostomie l'a sauvé.

Dans un second cas, P..., âgé de 63 ans, entre à la salle Civiale, le 2 juillet, pour une rétention aiguë : sans aucun antécédent vénérien ou traumatique, les troubles de la miction avaient apparu depuis un an environ.

Tout s'arrêtait en avant du bulbe, je passai cependant avec une bougie filiforme que je fixai, mais qui tomba dans la nuit.

Le 10, je pratiquai l'urétrotomie interne et mis la sonde à bout coupé n° 16.

Nouvel accès de rétention quand on enleva la sonde.

Je passai une sonde à béquille n° 16, qui fut fixée; le lendemain, sans douleur, sans fièvre, hématurie assez forte.

Nouvelle rétention quand on enleva cette sonde, nouvelle hématurie quand on la remit.

Ce malade était très maigre, ne mangeait plus, sa langue se desséchait, je résolus de faire la cystostomie le 28 juillet. J'en profitai pour réséquer le lobe gauche de la prostate qui faisait une énorme saillie, que j'avais facilement sentie, du reste, en faisant les divers cathétérismes.

Les suites furent des plus simples, le malade va aujourd'hui très bien, il est sorti de l'hôpital. Il garde plus de 200 grammes d'urine dans sa vessie, sans qu'il en sorte par sa fistule ; la prostate est bien diminuée au toucher, il urine par l'urètre en produisant un jet très fort ; je me propose de fermer incessamment sa fistule ; c'est ce malade que je vous ai présenté dans la dernière séance.

Mon troisième cas est celui de D. A..., âgé de 61 ans, entré le 20 avril, salle Civiale.

Il urinait par regorgement, avec une vessie qui montait à l'ombilic, et avait eu déjà plusieurs crises de rétention.

Le cathétérisme chez lui était assez facile, on le sonda et lava sa vessie. — Mais il était polyurique et l'urine présentait un léger dépôt purulent.

Quand les mictions furent redevenues volontaires, il gardait dans sa vessie un résidu qui variait entre 250 et 500 grammes.

La prostate grosse était largement débordée par le bas fond de sa vessie.

Le 15 mai, un mois après son entrée, je pratiquai la cystostomie, la vessie était tellement atone, qu'une fois ouverte, elle ne se vidait pas; les suites furent simples ; trois semaines après, le malade gardait 120 grammes d'urine dans sa vessie, sans qu'il en coulât par sa fistule, bientôt il en gardait 250.

Sorti de l'hôpital avec une sonde de Nélaton, il ne se mouille pas et urine tantôt par la verge, tantôt par la sonde sus-pubienne qui lui sert à faire des lavages.

Mon dernier cas est plus complexe :

H. C..., 68 ans, me fut envoyé par mon ami le Dr Henry, pour des

hématuries survenues depuis plusieurs semaines, les troubles de la miction remontaient à six ans ; ces temps derniers il avait eu à plusieurs reprises des accès de rétention. La prostate était énorme, tendue, douloureuse ; la sonde faisait grand mal au passage.

Je pratiquai la cystostomie le 14 août, ce qui me permit d'extraire deux petits calculs phosphatiques, et d'enlever un vrai fibrome à la prostate plus gros qu'un œuf de pigeon.

Les suites furent simples. j'ai pu, à mon retour des vacances, laisser fermer sa fistule hypogastrique ; il urine par la verge très convenablement.

Ce qui frappe surtout chez tous les malades pouvant supporter la cystostomie, c'est l'apaisement des symptômes produit par la mise au repos de l'appareil vésical, c'est la suppression de cet état congestif, et par là, la diminution sensible de la prostate, si bien qu'au bout de peu de temps, ils sont tous capables d'uriner spontanément par leur canal.

Il ne faut pas exagérer le degré d'infirmité produit par cette fistulisation vésicale ; sans sonde, ou avec une sonde en caoutchouc bien choisie, les malades arrivent à conserver sans en perdre une goutte des quantités notables d'urine dans leur vessie.

En tous cas, cette mise au repos de l'appareil constitue un temps d'arrêt, et quand on trouve que le moment est venu, rien n'est plus facile que de fermer ces fistules.

Il me semble, par conséquent, que la cystostomie est un moyen à ajouter à ceux que nous avons pour soulager les rétentionnistes de cause prostatique ; quand on a épuisé les grandes ressources du cathétérisme, quand la vessie devient intolérante, quand malgré les lavages on n'obtient pas des urines propres, quand le malade commence à s'infecter, la cystostomie trouve son indication, et je ne doute pas qu'employée avec mesure et dans ces conditions, ce ne soit entre nos mains un moyen d'un grand secours.

Mais il ne faut pas lui demander plus qu'elle ne peut donner et s'imaginer qu'en ouvrant la vessie on va rétablir l'intégrité et l'asepsie des voies urinaires supérieures.

M. Polaillon. Je rapporterai brièvement une observation qui se rattache à la discussion en cours.

Un homme de 72 ans, prostatique, habitué à se sonder, fut pris, après un exercice violent, d'une rétention d'urine à laquelle il ne sut pas remédier comme il le faisait d'ordinaire. Un médecin appelé près de lui, tenta inutilement à son tour le cathétérisme et fit une fausse route. Quand j'arrivai près du malade, la vessie était extrêmement distendue. J'essayai, moi troisième, de passer une sonde.

Des tentatives répétées, faites avec des instruments de toute espèce, restent sans résultat. Les phénomènes étaient pressants. Une ponction de la vessie permit de la vider; mais, même une fois vide, elle resta inaccessible à la sonde.

Je me retirai en recommandant au malade de me redemander lorsque la vessie serait de nouveau distendue. Le lendemain j'étais de nouveau près de lui, et cette fois je me décidai à faire la cystotomie sus-pubienne. Cette opération, on le comprend sans peine, fut très facile à exécuter. Par l'ouverture vésicale je pus porter un doigt dans le col de la vessie et guider avec ce doigt la sonde introduite dans l'urètre. J'amenai ainsi mon instrument dans la vessie. C'était une sonde en gomme. Je la laissai à demeure. Les résultats de mon intervention ont été parfaits. Le malade a été naturellement soulagé tout de suite; mais, de plus, la fistule abdominale s'est fermée rapidement et le malade s'est complètement remis.

La cystotomie a donc eu ici ce double effet de permettre l'introduction de la sonde et d'amener un soulagement durable en décongestionnant la prostate.

M. Tuffier. Dans le rapport que je vous ai soumis, je me suis exclusivement occupé des indications de la cystostomie chez les prostatiques, et j'ai avec intention limité mon sujet pour le rendre plus précis. La question a légèrement dévié, et mes collègues ont parlé de la cystostomie pour les cystites douloureuses de toute nature, voire même de cette opération appliquée aux tumeurs de la vessie ou aux calculs vésicaux. Si intéressantes que soient ces questions, si suggestif que soit le tableau qui nous a été fait des calculeux, je me vois obligé de les sacrifier sous peine de nous ramener à une confusion que j'ai voulu éviter. Je ne m'occuperai donc, dans cette réponse, que de la cystostomie pratiquée pour remédier aux accidents de l'hypertrophie de la prostate, et exclusivement de ses indications.

Le premier fait qui ressort de notre discussion, c'est la rareté même de ces indications. Avec le concours de MM. Bazy, Routier, Polaillon, et en y joignant notre pratique et celle de M. Lejars, nous arrivons à peine à un total de douze opérations. Si l'on songe au nombre considérable de malades que nous avons vus, il est certain que ce total devient significatif, et je m'empresse d'ajouter que nous avons tous opéré nos prostatiques justiciables de l'intervention par la voie sus-pubienne ; la voie périneale, que j'avais regardée autrefois, en 1888, comme pouvant peut-être trouver son indication dans les cystites douloureuses, est écartée. Je n'y ai pas eu recours ; pratiquant la cystostomie sans distension depuis, je

n'ai aucune crainte de rompre la vessie. Ces douze opérés constituent donc bien le stock de prostatiques que nous avons crus justiciables d'une intervention.

Il est un certain nombre de points sur lesquels nous sommes tous d'accord. La rétention *aiguë* chez un prostatique doit être levée par le cathétérisme ; nous avons tous réussi dans ces cas consistant à placer une sonde à demeure, et ce n'est que dans les cas particulièrement graves où l'obstacle est infranchissable, le canal impraticable, infecté, et la ponction répétée insuffisante, que l'ouverture de la vessie peut devenir indiquée. C'est un pis-aller auquel on se résout avec l'intention de revenir à l'évacuation par le canal dès qu'elle sera possible. La cystostomie doit être temporaire, d'autant plus que la diminution de volume de la prostate alors congestionnée est de règle dans ce cas.

Les accidents *chroniques* réclament l'opération dans des circonstances bien déterminées. La *fréquence* de la miction, quelle qu'elle soit, n'est pas une indication suffisante ; du moins aucune observation n'en fait foi. Les *douleurs*, qu'elles soient la conséquence du cathétérisme répété ou des lésions vésicales, doivent être traitées par tous les moyens médicaux, y compris la sonde à demeure. Mais si elles sont rebelles à tout traitement, l'ouverture de la vessie constitue un moyen puissant et très efficace qui produit vraiment un grand soulagement. Les *hémorragies* peuvent devenir une source d'indications ; mais aucune des observations qui nous ont été présentées n'a trait à cet accident. C'est que l'hématurie chez les prostatiques se rencontre quelquefois, mais il est bien exceptionnel qu'elle constitue par elle-même un danger. Voilà les points sur lesquels nous sommes bien d'accord.

La question qui nous divise est celle des *infections vésicales*, et cette division ne nous étonne pas, car c'est, comme je vous le disais, la question la plus délicate, l'indication la plus difficile à préciser et à saisir dans l'histoire de la cystostomie. Nous ne pouvons envisager séparément tous les cas, mais je dois poser nettement la question. L'emploi de la sonde à demeure est-il toujours suffisant, et le drainage par les voies naturelles est-il toujours au moins égal au drainage par l'ouverture de la vessie ? Je ne le crois pas, et je ne puis partager l'opinion qui les met au même rang. Comme tous mes collègues, j'ai poursuivi ces infections par tous les moyens médicaux, et je n'ignore aucun des bénéfices de la sonde à demeure. J'ai même cherché à restreindre encore le champ de la cystostomie en soignant d'une façon un peu spéciale certaines cystites accompagnées d'énormes productions glaireuses et phosphatiques que les lavages ordinaires sont incapables de dissocier et qui auraient pu rentrer dans son domaine. Nous avons dans

l'emploi du fluorure de sodium un moyen précieux contre cette variété de cystite. Vous savez que ce corps jouit de propriétés antifermentescibles vraiment extraordinaires et bien supérieures à celles des autres agents antiseptiques. Les expériences qui se sont poursuivies sous mes yeux au laboratoire de mon maître, M. le professeur Dastre, à la Faculté des sciences, l'ont bien prouvé. Je voulus tenter l'action de ce composé dans ces cystites, et voici le résultat de mes expériences. Le fluorure ne doit être employé qu'en solution au titre de 1/4000 à 1/2000 ; il n'agit ni sur l'élément douleur, ni sur les hémorragies ; il ne modifie pas la muqueuse, comme le fait le nitrate d'argent, mais il possède la propriété de dissoudre les matières gélatineuses et d'empêcher la fermentation intravésicale qui les constitue ; il a donc son application et son application exclusive dans ces formes auxquelles je viens de faire allusion. Mais en dépit de ces résultats, en dépit de bien d'autres expédients, il existe des états infectieux de la vessie qui constituent par eux-mêmes une cause de danger pour les malades ; ces états résistent dans certains cas à la sonde à demeure. Nous voyons ces malheureux nous échapper, et l'infection vésicale est bien l'origine des accidents graves. Faut-il, dans ces circonstances, s'avouer vaincu après avoir mis une sonde et laisser les malades succomber? Dans ces cas, nous sommes autorisés à tenter un nouvel effort qui certainement n'a pas la prétention de toujours sauver le malade, mais qui constitue notre dernière ressource, en ouvrant largement et en drainant le foyer d'infection par la voie sus-pubienne. Ce malade dont je vous signalais l'histoire et qui ne pouvait subir non seulement un cathétérisme, mais un changement de sonde à demeure sans avoir des *accidents graves* d'intoxication urinaire, est un exemple de ces indications de la cystostomie en même temps que la preuve de son efficacité. C'est précisément à cause des résultats remarquables que cette opération judicieusement appliquée peut donner que j'ai tenu à en formuler les indications précises. La discussion prouve que ce chapitre est encore loin d'être fermé, et je me félicite seulement d'avoir donné l'occasion de l'ouvrir.

M. Bazy. Je vais répéter ce que j'ai déjà dit au sujet des indications que peut fournir l'infection à la taille.

Quand il s'agit d'une infection aiguë, là où ne réussit pas la sonde à demeure, je reste convaincu par les faits que j'ai vus que la cystostomie ne réussirait pas davantage, et je crois, en outre, que faire la taille dans ces conditions, c'est ajouter un danger de plus à ceux qui menacent le malade ; car, quoi qu'en dise M. Routier, parmi les taillés un certain nombre meurent bel et bien de

l'opération, qui est infiniment plus grave pour eux qu'une *intervention bien conduite* par les voies naturelles, et cette proposition s'applique aussi bien aux malades atteints d'infection aiguë qu'à ceux qui sont atteints d'infection chronique. Chez ces derniers, en particulier, le drainage par les voies naturelles est parfaitement efficace, ainsi que j'ai essayé de le démontrer.

Dans ces cas d'infection chronique, M. Tuffier nous dit qu'il s'est bien trouvé du fluorure de sodium ; mais ce qu'il nous dit du danger de ce médicament m'engage peu à m'en servir, et, pour mon compte, je lui préfère de beaucoup l'écouvillonnage de la vessie que je pratique depuis 1889 et dont j'ai publié quelques observations dans la *Semaine médicale*.

Dans ces cas, le méat hypogastrique ne met pas davantage à l'abri de l'infection et des accidents qui peuvent en être la conséquence.

Je n'en veux pour preuve que le cas de M. Diday, l'apôtre si convaincu de la cystostomie, qui a vu à deux reprises, dans l'espace de deux ans, des calculs phosphatiques se former dans sa vessie, une fois 14, une deuxième fois 3.

Je tiens, en outre, à revenir sur cette affirmation de quelques-uns de nos collègues qui ont eu l'air de réserver à l'ouverture plus ou moins prolongée de la vessie la propriété de diminuer le volume de la prostate. Or, cette diminution de volume s'observe non seulement après la taille, mais après un simple cathétérisme, le cathétérisme répété, la sonde à demeure, la ponction capillaire de la vessie.

M. Routier. Je suis obligé de déclarer que, pour moi, la diminution de la prostate est de toute évidence plus marquée après la cystotomie.

Rapport.

Persistance du diverticule de Meckel, ouvert à l'ombilic et invaginé au dehors, par M. Broca, chirurgien des hôpitaux.

Rapport par M. Kirmisson.

Messieurs, on s'est étonné parfois de voir s'établir, à la chute du cordon, des fistules stercorales de l'ombilic, sans qu'il y ait eu au préalable de phénomènes d'étranglement intestinal. C'est qu'en réalité, dans ces cas, la ligature avait été jetée non sur une anse de l'intestin grêle, mais bien sur un diverticulum de Meckel resté adhérent à l'ombilic.

M. A. Broca, chirurgien des hôpitaux, nous a présenté une pièce de ce genre qu'il a pu recueillir dans le service du professeur Lannelongue.

Il s'agit d'un jeune enfant de 6 mois, qui, à son entrée à l'hôpital, portait une tumeur rouge, pédiculée, dont les caractères ne s'étaient pas modifiés depuis le moment de sa naissance. Cette tumeur piriforme, longue de 4 centimètres, présentait un pédicule, mesurant 1 centimètre de diamètre environ. « Sa surface est constituée par une muqueuse rouge vif, semblable à celle d'un prolapsus rectal; au centre est un orifice par lequel s'écoule un liquide muqueux ; jamais il n'en est rien sorti qui ressemble à des matières fécales. La palpation du pédicule fait sentir un cordon cylindrique, gros comme une plume d'oie, qui s'enfonce dans l'ombilic. Un stylet est facilement introduit dans l'orifice central de l'extrémité libre, et il pénètre jusque dans le ventre. En faisant alors basculer vers l'abdomen son extrémité interne, on sent sa pointe qui soulève la ligne médiane à 5 centimètres au-dessus de l'ombilic. Malgré l'absence de tout écoulement stercoral, il est donc évident qu'il s'agit du diverticule de Meckel, formant à l'extérieur une invagination à deux cylindres. »

Le 9 juin 1894, M. Broca pratiqua l'opération suivante : « Je fis, dit-il, une incision circulaire, laissant sur la tumeur une collerette de peau, et pénétrant jusque dans le péritoine. Cela fait, je pus attirer au dehors un prolongement cylindrique recouvert de péritoine : j'agrandis la plaie par un débridement de la ligne blanche sur la ligne médiane, et j'arrivai ainsi jusqu'au bord convexe de l'intestin grêle, sur lequel s'insérait le diverticule, et dans lequel pénétrait le stylet. Je réséquai circulairement le diverticule, et, de là, une perte de substance arrondie, de 1 centimètre de diamètre environ, sur la paroi de l'iléon. Je fermai la muqueuse par quatre points de suture ; puis je fis deux plans de sutures de Lembert, de cinq points chacun, le tout à la soie. A la base du diverticule dut être liée une artériole qui soulevait un petit méso. Je terminai par une suture en étages de la paroi, et par un pansement à la gaze aseptique.

« Dès le lendemain, l'enfant prit le sein. Il n'y eut à noter aucun trouble digestif; la température ne s'éleva pas au-dessus de 37°,5, et la réunion était parfaite lorsque les fils furent enlevés, le huitième jour. L'enfant a été revu guéri, le 4 juillet.

De son observation, M. Broca conclut que la conduite qu'il a tenue chez son malade doit être la règle en pareil cas. Étant donnés les dangers très réels auxquels expose la persistance du diverticule de Meckel adhérent à l'ombilic, notamment en ce qui concerne l'étranglement interne ; d'autre part, vu l'incertitude des autres moyens qu'on peut opposer aux fistules stercorales persistantes de l'ombilic, ligature, excision, simple cautérisation, je m'associe entièrement à cette conclusion. Mieux vaut pénétrer dans la cavité

péritonéale et pratiquer la résection du diverticule au niveau même de son insertion sur l'intestin.

Il me reste, messieurs, à vous demander d'adresser des remerciements à M. Broca pour son intéressante communication, en inscrivant son nom en rang très honorable sur la liste des candidats au titre de membre titulaire de la Société de chirurgie.

Discussion.

M. Berger. Je suis tout à fait de l'avis de M. Kirmisson. Pour moi, du reste, il est de règle d'opérer toutes les hernies congénitales de l'ombilic. Jamais ces malformations ne guérissent spontanément.

M. Championnière. Je veux seulement rappeler en passant que la théorie de la fistule stercorale de l'ombilic par pincement d'un diverticule de Mickel n'est pas une chose nouvelle. Broca, le père, l'avait adoptée depuis longtemps. Le pincement de l'intestin ne peut guère se soutenir. Si un accident de ce genre était possible, on l'observerait plus fréquemment.

Présentation de malade.

Cicatrice ulcérée d'un moignon traitée par la transplantation d'un lambeau,

Par M. Berger.

Si je vous présente ce malade, c'est bien moins pour vous montrer un cas de guérison d'une ulcération rebelle d'un moignon par la méthode italienne d'autoplastie, guérison dont je vous ai déjà communiqué plusieurs exemples, que pour insister sur les indications précises de l'application de cette méthode. Celle-ci ne doit pas être employée dans tous les cas de moignon conique ou d'ulcération du moignon ; il en est où l'on peut recourir à des moyens plus simples, et je vais tout à l'heure vous en citer un exemple.

Le malade que je vous présente, âgé de 27 ans, a subi, à l'hôpital de Poissy, en 1893, l'amputation de la jambe au tiers inférieur, pour une tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne. Il s'est produit, paraît-il, de la gangrène des lambeaux à la suite de cette opération, et le résultat a été une cicatrice terminale, adhérente aux os, qui s'est très rapidement ulcérée, et qui a toujours empêché l'opéré de se servir du membre prothétique articulé dont il avait été pourvu. Il est entré, en juillet 1894,

dans mon service, demandant avec insistance qu'on lui coupât la jambe plus haut, afin qu'il put marcher sur le genou.

J'ai eu quelque peine à le convaincre qu'il vaudrait mieux pour lui laisser à son moignon toute sa longueur en obtenant la guérison de l'ulcération par une autre méthode, afin qu'il pût avoir le bénéfice de sa jambe articulée. Il finit par se rendre à mes raisons et consentit à se soumettre à une opération d'autoplastie par la méthode italienne. Le 22 août, je fixai sur l'extrémité du moignon, dont j'avais préalablement, largement et profondément excisé toute la partie cicatricielle, un lambeau emprunté à la jambe opposée : les deux membres restèrent fixés ensemble vingt et un jours, temps au bout duquel le pédicule du lambeau fut coupé, puis, quelques jours après, adapté au moignon par une suture complémentaire. Le malade est depuis quelque temps déjà complètement guéri, l'extrémité de son moignon est recouverte d'une peau souple, résistante et mobile, et il se sert sans difficulté ni douleur de son membre artificiel.

Dans ce cas, reséquer simplement l'extrémité des os eût laissé un moignon trop court pour que l'appareil articulé eût pu être utilisé : on n'avait donc d'alternative qu'entre une réamputation au lieu d'élection ou l'autoplastie. Celle-ci, un peu plus laborieuse peut-être, mais surtout plus longue que la réduction des extrémités osseuses, ne doit être mise à contribution que quand il y a un intérêt véritable à laisser au moignon toute sa longueur, dans les amputations vers le tiers moyen de la jambe ou de l'avant-bras, par exemple. J'ajoute qu'il ne faut pas exagérer les difficultés d'exécution de cette petite opération qui est, somme toute, très simple et très facile quand on a pris l'habitude de la pratiquer.

Pour bien montrer les indications opposées qui peuvent résulter des conditions inhérentes à des cas en apparence très semblables, je puis vous citer l'exemple d'un amputé qui est actuellement encore dans mon service, où il a été admis pour une ulcération siégeant sur un moignon d'amputation de la jambe.

Ce malade, âgé de 25 ans, avait été amputé, à Charleville, à la fin du mois de juillet 1893, pour un écrasement de la jambe : il avait été amputé au tiers supérieur, au-dessous du lieu d'élection ; la cicatrice du moignon était adhérente et s'était aussitôt ulcérée. Je n'eus même pas l'idée de lui proposer une autoplastie : comme il était naturellement condamné à marcher toujours sur le genou, je me bornai à exciser la cicatrice et à réséquer 5 centimètres des os exubérants, de manière à transformer son moignon en un moignon d'amputé au lieu d'élection. Cette amputation a eu lieu, le 24 octobre, l'opéré est actuellement presque complètement guéri.

Ainsi, la transplantation d'un lambeau par la méthode italienne doit s'appliquer principalement aux cas de moignons avec cicatrice

adhérente et ulcérée, dans lesquels il y a un intérêt majeur à conserver au segment de membre toute sa longueur, afin d'utiliser ce segment pour le fonctionnement d'un membre artificiel. Quant aux véritables moignons coniques avec atrophie des parties molles et excès énorme de longueur du squelette, évidemment la résection des extrémités osseuses leur est seule applicable.

Discussion.

M. VERNEUIL. Le résultat obtenu par M. Berger est certainement fort joli. Mais je n'ai pas, il me semble, entendu mettre suffisamment en parallèle avec la méthode autoplastique l'antique résection des moignons. Celle-ci est facile à faire; elle est à la portée de tout le monde, tandis que, pour réussir une autoplastie dans le genre de celle qui nous a été présentée, il faut toute l'habileté du chirurgien consommé.

M. DELORME. Je n'emploierais la méthode italienne en pareil cas, que si je ne pouvais trouver dans la région voisine une quantité de tégument suffisante pour faire directement l'autoplastie par glissement.

M. BERGER. Je répondrai à M. Delorme que je ne puis en aucune façon partager son sentiment.

L'autoplastie avec un lambeau pris sur le moignon lui-même donnerait une grande cicatrice terminale tout à fait insupportable.

La question ne peut se poser qu'entre l'autoplastie telle que je l'ai pratiquée et la résection. Or je n'ai pas voulu recourir à cette dernière, je le répète, pour ne pas diminuer la longueur du moignon. Si j'avais fait perdre au moignon que je vous ai présenté 5 à 6 centimètres, il aurait été trop court pour faire mouvoir dans de bonnes conditions un appareil prothétique.

La séance est levée à 5 heures 10 minutes.

Le Secrétaire annuel,

PEYROT.

Séance du 14 novembre 1894.

Présidence de M. J.-L. Championnière.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Les journaux et publications périodiques de la semaine.

A propos du procès-verbal.

Salpingo-ovarite et pelvi-péritonite tuberculeuses.

M. Gérard-Marchant. Notre collègue, M. Routier, vous a présenté une opérée de laparotomie pour obstruction intestinale, et vous a raconté qu'au cours de son opération, il n'avait pas trouvé trace des lésions tuberculeuses pour lesquelles j'étais intervenu moi-même, par la laparotomie, chez la même malade, trois ans auparavant.

Je demande la permission de vous donner quelques détails sur cette malade, en raison du grand intérêt qu'ils présentent. Je les emprunte à l'observation qui a été rédigée à cette époque par mon interne, M. Gautier.

Louise, 23 ans, blanchisseuse, a perdu six frères ou sœurs en bas âge. Elle a été réglée à 13 ans, a accouché à 18 ans, a fait une fausse couche de trois mois à 19 ans.

A 16 mois, l'enfant mourait de méningite.

Quatre ans après, en décembre 1890, elle entra dans le service de M. le docteur Desprès pour des accidents pelvi-péritonéaux aigus. M. Desprès diagnostiqua, à cette époque, une *pelvi-péritonite tuberculeuse.*

Quelques mois après, elle sort *améliorée*, mais bientôt elle est reprise et entre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Dumontpallier, qui diagnostiqua une *hématocèle enkystée*, pour laquelle elle entre à Laënnec en septembre 1891.

Les règles sont régulières, mais douloureuses.

L'utérus est un peu fixé, mais en situation normale.

Le toucher vaginal révèle, *à droite*, de grosses masses, irrégulières de forme et adhérant à la corne utérine.

A gauche, on sent, au loin, au bout des doigts, les annexes augmentées de volume et douloureuses.

L'utérus mesure $7^{cm},5$ à l'hystéromètre.

Je me décidai à faire la laparotomie, en raison des rechutes éprouvées par cette malade, de sa gêne pour marcher et travailler debout.

Cette opération fut pratiquée le 26 septembre 1891. Je trouvai le péritoine épaissi, granuleux.

Les anses intestinales adhéraient de chaque côté aux annexes.

Il existait une pelvi-péritonite ancienne, avec fausses membranes, et un semis granuleux sur l'*intestin grêle*, le *péritoine*.

L'isolement des annexes fut difficile ; la trompe et l'ovaire étaient confondus des deux côtés ; à la coupe, *on constata une série de dépôts caséeux*.

M. Morax était alors mon interne, et il fit des inoculations à des cobayes, inoculations qui furent positives et démontrèrent la nature tuberculeuse de ces lésions.

Voilà donc un fait bien démontré de *pelvi-péritonite positivement tuberculeuse*, et qui a radicalement guéri par la laparotomie et l'ablation des annexes, puisque, au cours de son opération, M. Routier n'a rencontré aucune des lésions en présence desquelles je m'étais trouvé.

A propos de la discussion sur la cystostomie sus-pubienne,

M. Poncet. C'est avec une grande satisfaction que j'ai vu la question de la cystostomie sus-pubienne être récemment soulevée devant la Société de chirurgie, et c'est avec un non moins grand plaisir que j'ai constaté, par la discussion qui s'en est suivie, le bon accueil fait par plusieurs de nos collègues à cette opération.

Je voudrais, aujourd'hui, circonscrire le débat et vous entretenir surtout de la cystostomie sus-pubienne, ou création d'un urètre contre nature chez les prostatiques. On a parlé, en effet, de la cystostomie, non seulement chez de tels malades, mais encore chez ceux porteurs de rétrécissements, chez les tuberculeux, les cancéreux vésicaux, etc. J'aurai donc, dans cette communication, à envisager ces deux grandes catégories d'urinaires.

J'envisagerai, en premier lieu, les prostatiques. C'est en m'appuyant sur 63 opérations de cystostomie, pratiquées sur de tels malades que j'étudierai devant vous les résultats immédiats et éloignés de cette opération. Sans entrer dans un long exposé des indications, il me semble cependant nécessaire, pour juger la

valeur de cette intervention chirurgicale, de diviser les prostatiques en plusieurs catégories. C'est qu'en effet l'opération a été appliquée à des cas fort dissemblables de par la gravité des accidents qu'elle était appelée à conjurer, et sa valeur ne peut être appréciée qu'en établissant des distinctions indispensables.

Un premier fait se dégage de l'analyse de mes 63 observations. La mortalité opératoire a été nulle. Je veux dire par là que les deux seules complications, vraiment imputables à la cystostomie, ne se sont pas présentées, à savoir la péritonite par blessure et infection du péritoine, et l'infiltration urinaire dans le tissu cellulaire prévésical et abdominal. Chez les malades qui ont succombé dès les premiers jours qui ont suivi la cystostomie, on a toujours rencontré à l'autopsie, lorsqu'elle a pu être pratiquée, des lésions avancées de pyélo-néphrite, qui donnaient l'explication des accidents mortels, plus ou moins rapidement survenus. Je me souviens, à ce propos, de deux prostatiques entre autres, atteints de rétention et d'empoisonnement urinaire, et qui furent, l'année dernière, cystostomisés à la Pitié, l'un par moi, et l'autre par mon excellent ami, le docteur Reclus, dans le service duquel ils se trouvaient. Ces malades succombèrent peu de temps après l'intervention, et l'autopsie révéla des lésions extrêmement avancées d'ancienne pyélo-néphrite suppurée. En résumé, de tels malades succombent malgré la cystostomie et non par elle. De l'ensemble des faits nombreux que j'ai observés se dégage nettement cette conclusion, que l'opération ne doit pas être trop tardive et que, comme du reste dans un grand nombre d'interventions chirurgicales, il faut savoir se décider et agir promptement.

Je diviserai en deux grandes classes, au point de vue de la cystostomie, les prostatiques urinaires : 1° Les *prostatiques mécaniques*, c'est-à-dire ceux qui sont indemnes de tout empoisonnement urineux, mais chez lesquels il existe un obstacle, plus ou moins insurmontable, à la miction, et alors que le cathétérisme est impossible et dangereux et, par cela même, contre-indiqué ; 2° les *empoisonnés urinaires,* au sens le plus large du mot, ceux qui offrent des signes d'urinémie, de septicémie.

Très souvent les deux ordres d'accidents sont, en quelque sorte, à cheval, et la clinique n'admet pas toujours ces distinctions, qu'il est cependant utile de conserver, de rétentionnistes aseptiques et infectés.

21 fois sur 63 opérés, la cystostomie a été faite chez des prostatiques rétentionnistes aseptiques et elle a donné 21 guérisons. 11 au moins de ces opérés sont actuellement encore vivants. Parmi eux, il en est pour qui l'intervention remonte déjà à plus de quatre ans. La survie varie entre 4 ans et demi et 5 mois. La plupart

jouissent d'une bonne santé générale. Ces résultats n'ont rien qui doive nous surprendre, puisque l'opération est sans danger et que sa gravité dépend, ainsi que nous l'avons dit déjà, des lésions anciennes, plus ou moins avancées, de l'appareil urinaire.

Il en est de la cystostomie comme de la kélotomie, par exemple, dont la gravité est exclusivement imputable, comme on le sait, à l'état de l'intestin dans une hernie étranglée. Chez les prostatiques aseptiques, l'indication de l'opération découlait des contre-indications mêmes du cathétérisme. Ce dernier était impossible, particulièrement difficile (fausses routes étendues, métrorragie, etc.) ou encore très douloureux, dangereux par la nécessité de le répéter souvent, et alors qu'il exposait ainsi à des occasions incessantes d'infection (rétention chronique aseptique avec distension vésicale). J'ai hâte d'ajouter que la conduite suivie était bien exigée par ces indications de premier ordre, et alors que le cathétérisme restait cependant dans mon esprit la méthode de traitement de choix, s'il avait pu être appliqué et s'il n'avait pas été dangereux.

Si les malades opérés pour rétention sans infection guérissent et peuvent avoir ainsi une survie considérable, il n'en est pas de même trop souvent, comme on le comprend aisément, pour les urinaires infectés. C'est ici surtout qu'il faut établir des différences suivant le degré d'empoisonnement urinaire. Nous devons distinguer trois formes d'infection : suraigüe, aigüe, chronique.

Les septicémies urinaires suraigües, c'est-à-dire celles dans lesquelles la température monte rapidement à 40° et au-dessus, pour s'y maintenir, et alors que le cortège symptomatique de l'infection est en harmonie avec la fièvre et laisse prévoir une fin très prochaine, continuent d'évoluer malgré la cystostomie, qui est cependant la seule ressource. L'opération, dans tous les cas, soulage les malades et les place dans des conditions de guérison possible. L'intensité des phénomènes septicémiques, comme dans d'autres infections chirurgicales, est telle que, suivant l'expression du professeur Guyon, l'appareil urinaire supérieur flambe tout entier et, vis-à-vis de telles complications, l'ouverture vésicale doit être presque fatalement impuissante.

Les cas aigus d'intoxication urinaire donnent, au contraire, des résultats très satisfaisants. Sur 14 prostatiques opérés dans ces conditions, nous trouvons 4 morts au bout de 7, 15, 30 et 43 jours; les autres ont, au contraire, une survie variant de 7 mois à 2 ans et demi.

Dans les formes chroniques, au contraire, d'infection, la mortalité est notablement plus considérable : sur 24 cystostomisés, 7 sont morts dans les huit premiers jours, et parmi les 17 autres, 10 survivent moins d'un an; 7 seulement sont encore en bonne

santé, au bout d'un an à 2 ans et demi. L'explication de ces faits est toute simple, elle découle de l'intensité plus ou moins grande de l'empoisonnement urinaire qui avait exigé la cystostomie.

Je ne peux ici détailler les observations, mais on les trouvera complètes, soit dans un mémoire sur la cystostomie, d'un de mes internes, M. M. Lagoutte, qui doit paraître incessamment dans la *Gazette hebdomadaire*, soit dans sa thèse inaugurale sur le même sujet qui sera bientôt soutenue devant la Faculté de Lyon.

En résumé, la mortalité de la cystostomie est tout autre, chez les prostatiques infectés, que chez les prostatiques aseptiques. Sur 42 infectés qui ont été cystostomisés, 15 ont succombé dans les quinze premiers jours, et quelques-uns le lendemain même ou le surlendemain de l'intervention.

Il me reste à vous parler maintenant des résultats éloignés de la cystostomie sus-pubienne ou, autrement dit, de la fonction du nouvel urètre. On a reproché, non sans raison, à cette opération, de donner souvent naissance à une infirmité alors que le méat hypogastrique était incontinent et que l'urine s'écoulait plus ou moins constamment par ce nouvel orifice. Mais avant de vous donner des chiffres sur ce qu'il en arrive de la miction par la voie abdominale, je tiens encore à vous rappeler que dans tous les cas où l'opération a été pratiquée, il fallait avant tout parer à des accidents graves compromettant la vie à brève échéance et que, suivant l'expression typique de mon vénéré maître Diday : « Avant d'assurer la fonction aussi normale que possible, il fallait d'abord sauver le fonctionnaire. »

Les résultats fonctionnels de l'urètre contre nature peuvent se catégoriser ainsi et dans les proportions suivantes :

1° Oblitération du méat hypogastrique et rétablissement de la fonction normale, 12. Il s'agit alors, comme on le voit, d'une *cystostomie temporaire*, qui est la plupart du temps devenue telle chez des cystostomisés aseptiques;

2° Persistance du méat hypogastrique avec : continence, 7; continence partielle, 3; incontinence, 12.

Chez les 34 cystostomisés dont il vient d'être parlé, l'opération datait de six mois au moins, et chez quelques-uns elle remontait à plus de deux ans.

Un mot encore relativement à la cystostomie sus-pubienne chez les rétrécis, chez les tuberculeux de la vessie, etc.

Ici les indications sont toutes différentes, et je crois encore l'opération des plus utiles en tant que cystostomie temporaire ou permanente chez ces divers malades. J'ai pratiqué en pareil cas plusieurs fois cette opération qui, chez les uns et les autres, est toujours une opération simple, méthodique, de toute innocuité. En

ce qui concerne les vésicaux tuberculeux, je crois la cystostomie seule capable, sinon d'enrayer la marche de la maladie, tout au moins d'apporter un soulagement à des souffrances parfois atroces qui nécessitent le repos aussi complet que possible de la vessie malade.

Mais si chez les prostatiques on doit rechercher le résultat idéal d'un urètre contre nature continent, un tout autre objectif doit être poursuivi chez les vésicaux tuberculeux. Ils ne sont vraiment soulagés que lorsque l'incontinence est complète et que l'urine, en s'échappant librement au dehors, ne provoque pas de spasme de la vessie. Au reste, chez certains prostatiques cystostomisés, l'incontinence doit être également recherchée de parti pris, car à partir du jour où leur nouvel urètre devient continent, la rétention de l'urine provoque à nouveau de la cystite, des douleurs, etc. Pour conjurer ces accidents et l'infection toujours possible, on doit assurer le libre écoulement constant de l'urine et maintenir le méat hypogastrique incontinent.

Pour obvier aux inconvénients du passage incessant de l'urine au-dessus du pubis, divers urinals (Loumeau, Collin) ont été récemment construits et permettent de recueillir aisément les urines en totalité.

M. Tuffier. A l'égard des tuberculeux, je ne suis point de l'avis de M. Poncet, car plus d'une fois déjà j'ai pu, sur des opérés de cette catégorie, fermer le méat hypogastrique sans aucun retour des accidents. Notre désaccord persiste aussi sur la meilleure conduite à suivre chez les prostatiques, et malgré la très intéressante communication de notre collègue, ma manière de voir peut toujours se résumer de la manière suivante :

1° Chez les rétentionnistes aseptiques, quand il n'y a pas de fausse route, le cathétérisme reste le traitement de choix et, fût-il impossible, qu'il vaudrait mieux s'en référer aux ressources de la ponction vésicale que de pratiquer trop vite la cystostomie. D'autant qu'en patientant un peu, on voit presque toujours la prostate diminuer assez de volume pour que la sonde puisse passer;

2° Chez les rétentionnistes infectés, je reconnais les bienfaits de la cystostomie, mais je maintiens qu'il ne faut point s'exagérer son heureuse influence. Elle reste une intervention grave et souvent incapable d'éviter les accidents mortels. Bref, j'estime que la cystostomie n'est en règle générale qu'une opération d'exception et une sorte de pis-aller auquel on ne doit recourir qu'après avoir épuisé les autres ressources dont nous pouvons disposer.

M. Paul Segond. Entre la cystostomie trop facile et le cathétérisme quand même, il y a évidemment un juste milieu qu'il faut

savoir respecter pour rester dans la vérité. Mais, toute opinion absolue étant ainsi écartée, il est bien évident que la cystostomie est une excellente opération et que ses indications, presque toutes faites des contre-indications du cathétérisme, sont en nombre de cas parfaitement indiscutables. C'est ce que M. Poncet a merveilleusement compris, et malgré les arguties bibliographiques invoquées pour lui contester les mérites de la priorité, ce n'est vraiment que justice très élémentaire que d'attacher son nom à l'opération qu'il a su faire sienne en précisant d'une manière toute nouvelle sa technique et ses indications.

En ce qui me concerne, le souvenir des déboires que réserve si souvent le cathétérisme chez les prostatiques, la lecture des travaux de M. Poncet, les beaux résultats qu'il obtient et que j'ai pu vérifier moi-même sur plusieurs de ses opérés, m'ont entièrement convaincu de la valeur très grande de la cystostomie, et toutes les fois que le cathétérisme devient impuissant, insuffisant, dangereux ou trop douloureux, j'estime que l'opération de Poncet devient pour nous, non point un pis-aller, mais bien une ressource thérapeutique des plus précieuses. J'en ai fait trois fois déjà l'expérience sur trois vieux prostatiques chez lesquels le cathétérisme était devenu insuffisant et très dangereux, et dans ces trois cas le résultat s'est montré parfait et reste tel depuis plusieurs mois. Les redoutables accès de fièvre urineuse qui m'ont fait prendre le bistouri, n'ont jamais reparu, et mes trois opérés sont à cette heure dans un excellent état de santé. Ils sont à la vérité incontinents, et les urinals dont ils sont pourvus sont loin de leur donner toujours parfaite satisfaction, mais ils estiment tous trois que c'est acheter à bien bon compte la complète disparition des accidents d'autrefois.

M. Poncet. Je ne veux pas revenir sur les indications de la cystostomie sus-pubienne chez les prostatiques atteints d'accidents urinaires graves, je tomberais dans des répétitions inutiles. Il en est de cette intervention sanglante comme de beaucoup d'autres qui, une fois acceptées, sont, suivant tel ou tel chirurgien, plus ou moins souvent employées. Comme l'a dit mon ami M. Segond, les indications de la cystostomie sont faites des contre-indications même du cathétérisme qui peut être impossible, particulièrement douloureux, dangereux, etc. Restent alors, comme seul mode de traitement, les ponctions de la vessie, les sondes à demeure. Ainsi que je l'ai dit bien souvent et démontré par des observations, la ponction vésicale est un acte aveugle, elle manque de la sécurité que nous sommes en droit d'exiger aujourd'hui de la plupart de nos opérations. On tend à la répéter en raison de sa simplicité et de son innocuité apparente, et chaque fois, surtout lorsque les urines sont

infectées, on fait courir des dangers aux prostatiques. Il ne me paraît pas douteux que l'ouverture méthodique, parfaitement réglée de la paroi antérieure de la vessie ne soit d'une tout autre sécurité et aussi d'une tout autre efficacité. S'il est plus dangereux aujourd'hui de ponctionner un kyste de l'ovaire que de l'enlever, il peut être non moins imprudent de recourir à une ponction du même ordre qu'il faudra en outre le plus souvent répéter. Relativement à la sonde à demeure, dont les indications peuvent à la rigueur se rencontrer chez certains prostatiques aseptiques, elle est, à n'en pas douter, trop souvent une source d'irritation vésicale et surtout d'infection. Je sais bien que des partisans conseillent de l'utiliser et de l'enlever lorsqu'elle est mal supportée et lorsqu'elle paraît être la cause d'accidents infectieux, mais ça n'est pas lorsque l'ennemi est dans la place qu'il faut songer à le déloger, et les cas sont vraiment trop nombreux où la sonde à demeure a entraîné la mort des prostatiques, pour ne voir que les malades auxquels elle a pu être utile. C'est, je le répète, une arme à double tranchant qui, dans sa double action toujours à redouter, ne peut être assimilée à une opération essentiellement innocente.

M. Bazy. C'est sans doute ma communication que notre collègue Segond vient de viser avec ce mot : des arguties historiques. Or, comme j'ai seul parlé de Thompson, je tiens à dire pourquoi j'ai cité cet auteur et pourquoi le mot argutie ne saurait en aucune manière trouver ici son application. Il me suffit pour cela de citer textuellement Thompson[1] :

« Il y a environ dix-neuf ans, dit-il, que pour procurer quelque soulagement à un malade de notre salle n° 7, arrivé à l'état pitoyable ci-dessus décrit, j'ai imaginé d'introduire un tube dans la vessie par la région sus-pubienne et de l'y fixer à demeure, de manière à ce qu'il serve de seul conduit à l'urine, comme, après la trachéotomie, la canule peut quelquefois être maintenue en place pendant des années et amener seule l'air aux poumons. »

Je passe et plus loin je lis :

« Je ne crois pas que la ponction ait été pratiquée ou conseillée par d'autres chirurgiens avant moi dans le sens précis que j'ai indiqué, à savoir : arracher son malade à une mort certaine en déviant *d'une façon permanente* (le mot est en italique dans le livre de M. H. Thompson) le cours de l'urine, lorsque l'urètre est devenu impraticable par le fait de l'affection prostato-vésicale, etc., etc. »

Il est donc inutile d'être, à la manière de M. Segond, plus roya-

[1] H. Thompson, *Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires*, traduites par le Dr R. Jamin (Paris, 1889), sur la première édition anglaise contenant les leçons faites en 1887 et 1888.

liste que le roi, et, pour être juste, il faut appeler la cystostomie opération de Thompson-Mac-Guire-Poncet.

M. Paul Segond. M. Bazy se trompe. Je n'ai point visé sa communication, pour la double et très bonne raison que je ne l'ai ni lue ni entendue. Du reste, M. Bazy est là, et si j'avais eu l'intention de critiquer l'une quelconque de ses affirmations, je n'aurais certainement pas parlé à la troisième personne.

Mon allusion et le terme dont je me suis servi visaient uniquement un article récent de la *Gazette hebdomadaire*, dans lequel M. Rohmer proteste, lui aussi, dans le même sens que M. Bazy, mais au profit d'un autre maître, car il réclame pour Sédillot les honneurs de la priorité.

La liste des parrains de la cystostomie devient ainsi de plus en plus touffue, et je n'ai point mission de la discuter davantage. Ce que j'ai voulu dire, c'est que la cystostomie doit uniquement à Poncet sa haute actualité, et je ne crois pas que la discussion soit à cet égard possible.

M. J. Lucas-Championnière. La précision historique est toujours nécessaire, et les réflexions de M. Bazy sont justes. Mais le rôle que M. Poncet a joué dans la vulgarisation de la cystostomie est trop net pour être discuté, et ce n'est que justice de laisser son nom à l'opération que d'autres ont imaginée, mais qu'il a su faire sienne par sa pratique et ses travaux.

M. Poncet. La question soulevée par M. Bazy est un peu délicate. Je désire simplement faire observer que lorsque j'ai publié les premières observations de cystostomie sus-pubienne ou de création d'un urètre contre nature chez les prostatiques, cette nouvelle opération a été loin de trouver le même assentiment dans le monde chirurgical qu'aujourd'hui au sein de la Société de chirurgie. Comme dans toute question de ce genre, on en a d'abord contesté l'utilité, l'opportunité; puis, lorsque ses avantages ont été assez nets pour entraîner la conviction de quelques-uns, on s'est alors préoccupé de savoir si rien de semblable n'avait été fait, il y a plus ou moins longtemps. Cette ancienneté plus que problématique de la cystostomie sus-pubienne, comme méthode réglée de traitement des accidents prostatiques, me laisse assez indifférent. On trouvera sur ce point d'histoire tous les renseignements désirables dans la thèse d'un de mes élèves, le Dr Bonan (*Th. de Lyon*, 1892).

En proposant la cystostomie sus-pubienne et en cherchant dans diverses publications à la faire entrer dans la pratique, j'étais inspiré par une idée directrice que je crois nouvelle, celle d'assurer par ce nouvel état de choses une fonction irrémédiablement com-

promise, et aussi de triompher d'accidents graves contre lesquels toute espèce d'autres traitements était jusqu'alors restée impuissante. Les faits sont venus depuis lors témoigner du bien-fondé de cette double manière de voir.

Communication.

Recherches expérimentales sur le bouton de Murphy.

Par le Dr CHAPUT.

Dans la dernière séance, mon collègue et ami M. Quénu nous a dit tout le bien qu'il pensait du bouton de Murphy ; il a ajouté que les objections que j'avais faites à cet instrument étaient purement théoriques.

Permettez-moi, messieurs, de vous exposer avec quelques détails mes recherches sur le cadavre et mes expériences sur le chien ; je signalerai aussi quelques observations personnelles, et d'autres tirées de la littérature, qui m'ont paru intéressantes.

Vous jugerez ensuite si mes objections sont théoriques ou basées sur des faits rigoureusement observés.

I. — *Recherches sur le cadavre.*

Déterminons d'abord les dimensions du bouton de Murphy.

Il en existe trois principaux modèles, le petit, le moyen, le gros, dont je donnerai d'abord les dimensions.

Petit bouton.

Diamètre	21mm
Circonférence	66

Bouton moyen.

Diamètre	25
Circonférence	78,5

Gros bouton.

Diamètre	27
Circonférence	85

Dans un travail en collaboration avec M. Lenoble, publié récemment à la Société anatomique, nous avons montré que, dans 12 expériences sur le cadavre, 10 fois le gros bouton ne passait qu'avec

la plus grande difficulté à travers l'intestin grêle ; 2 fois son passage avait été absolument impossible.

C'est qu'en effet l'intestin grêle est loin d'avoir les dimensions qu'on lui attribue généralement. Large à son origine, il devient très étroit dans son dernier mètre et présente alors des dimensions extrêmement restreintes. Contrairement aux opinions reçues, la valvule iléo-cæcale n'est pas le point le plus étroit du tube intestinal; c'est le dernier mètre, comme nous le disions plus haut.

Dans 8 cas, j'ai, avec M. Lenoble, calculé la circonférence intérieure minima de l'intestin non insufflé ; nous avons obtenu les dimensions suivantes : 41, 27, 27, 26, 45, 37, 27, 21 millimètres.

Nous avons aussi calculé la circonférence de l'intestin insufflé avec une force moyenne. Dans 4 cas, la circonférence intérieure a été de 100, 70, 73, 68.

Ces trois derniers chiffres sont, comme vous le voyez, insuffisants pour laisser passer le gros et le moyen bouton, dont la circonférence est de 85 et 78^{mm},5.

Mais ces chiffres sont encore de beaucoup supérieurs au calibre réel, car ils sont basés sur des mesures prises à l'extérieur, sans tenir compte des valvules conniventes.

Or, ces valvules mesurent, d'après Sappey, de 5 à 7 millimètres de hauteur, et nous en avons souvent rencontré qui étaient absolument circulaires, comme un diaphragme d'instrument d'optique.

En faisant les corrections nécessaires pour obtenir le calibre intérieur réduit par les valvules, nous obtiendrions les dimensions suivantes pour les intestins insufflés : 70, 40, 43, 38 millimètres.

Ces dimensions ne permettraient pas même le passage du petit bouton si l'intestin n'était extensible surtout sur le vivant; mais cette extensibilité a ses limites qui varient selon les individus, selon l'épaisseur, la résistance et les dimensions de l'intestin. A ce propos, il est intéressant de signaler l'élimination des gros calculs biliaires par l'intestin. Des calculs, même très gros, ont souvent passé sans encombre ; mais le plus souvent ils ont pénétré directement dans le gros intestin. Dans d'autres cas assez fréquents, ils ont provoqué des accidents d'occlusion intestinale, alors même qu'ils étaient relativement très petits.

Je vous présente ici un calcul que j'ai extrait par la laparotomie de l'intestin d'une femme atteinte d'occlusion ; ce calcul mesurait 22 millimètres dans son petit diamètre, soit 70 millimètres de circonférence, chiffres bien inférieurs aux dimensions du gros et du moyen bouton et à peu près identiques à celles du petit bouton.

Parmi les 19 observations de la thèse de Dagron, je trouve encore une observation de Metzger, dans laquelle un calcul de 20 millimètres de diamètre avait provoqué une occlusion.

Ces faits démontrent que si un calcul de 20 à 22 millimètres peut s'arrêter dans l'intestin, il en est de même du bouton de Murphy, dont le plus petit modèle mesure 21 millimètres de diamètre.

Avec le dévoué concours de MM. Angelesco et Lenoble, internes des hôpitaux, nous avons fait une nouvelle série de 24 expériences cadavériques sur le passage des trois boutons de Murphy dans l'intestin grêle.

Pour le moyen et le gros bouton, les résultats ont été confirmatifs de nos premières expériences. Pour le petit, nous avons trouvé les résultats suivants :

Sur 24 cas, 3 arrêts absolus, 6 passages très difficiles (l'obstacle n'étant franchi qu'avec l'insufflation très forte et des pressions digitales énergiques) et 15 passages faciles.

Les dimensions de l'intestin au niveau des arrêts ont été les suivantes :

Pour les trois arrêts absolus : circonférence intérieure (sans insufflation et sans tenir compte des valvules) : 22, 36, 23 millimètres. Pour les six passages très difficiles : 29, 33, 37, 29, 33, 29 millimètres.

On nous objectera que, dans un grand nombre de cas, les boutons ont été rendus par l'anus après l'opération; mais bien souvent aussi l'élimination n'est pas notée dans les observations. Dans une des observations de M. Quénu, le bouton n'a pas été retrouvé ; mon collègue pense qu'il est probablement sorti et qu'on l'aura jeté par mégarde avec les matières.

A son hypothèse, je puis en opposer une autre très admissible ; il est très possible que le bouton soit resté dans l'intestin sans provoquer d'accidents, ses nombreux orifices permettant la circulation des matières liquides et des gaz, et rien ne nous prouve qu'il ne provoquera pas quelque jour des accidents d'occlusion.

Je conclus de ces recherches que l'emploi des gros et moyen boutons de Murphy est imprudent quand ils doivent traverser l'intestin grêle. Le petit bouton lui-même pourra s'arrêter à la fin de l'iléon. Mes observations ultérieures permettront d'établir plus tard dans quelles proportions cet arrêt est à redouter sur le vivant.

Je passe à l'analyse de mes expériences sur le chien.

II. — *Expériences sur le chien.*

J'ai fait sur le chien 8 opérations de Murphy avec 4 morts et 4 guérisons.

Ces expériences ont été faites au laboratoire de M. Cornil avec l'aide de mon ami M. le Dr Boulanger.

Les 4 guérisons sont constituées par 1 entérorraphie circulaire,

2 entéro-anastomoses sur l'intestin grêle et 1 entéro-anastomose recto-rectale.

Dans deux des cas de guérison, le bouton s'est éliminé le huitième jour. Dans les deux autres cas, il était encore en place le huitième jour au moment où je tuai l'animal pour avoir la pièce.

J'ai soumis trois de ces pièces à l'examen histologique et je confirme avec plaisir les constatations de Murphy. Le bouton ne produit pas de rétrécissement de l'intestin. J'ajouterai même : de toutes les opérations celle de Murphy est celle qui rétrécit le moins l'intestin.

Voici maintenant l'analyse des cas de mort : dans deux gastro-entérostomies n°s 14 et 16, l'animal est mort de péritonite au bout de 36 heures, l'intestin était sphacelé autour du bouton et très aminci, presque perforé au niveau des bords de l'appareil.

Sur une troisième pièce d'entéro-anastomose que je vous présente, le bouton a perforé l'intestin, et l'on aperçoit le métal entre les lèvres de la perforation.

La pièce du chien n° 17 est encore plus intéressante. Il s'agissait d'une gastro-entérostomie. L'animal mourut au bout de 36 heures; je trouvai à l'autopsie une péritonite purulente généralisée. L'intestin s'était échappé du bouton et déversait ses matières dans le ventre.

Voici ce qui s'était passé : après avoir placé une suture en bourse sur l'orifice intestinal je l'avais nouée avec force sur le cylindre du demi-bouton mâle ; puis j'avais articulé ce demi-bouton avec le demi-bouton femelle préalablement fixé à l'orifice stomacal. En serrant à fond l'appareil il est facile de comprendre que le cylindre femelle qui s'enfonce jusqu'au fond de la cupule de la pièce mâle, refoule devant lui la ligature en bourse. Celle-ci étant fortement appliquée sur le cylindre mâle ne s'est pas laissée refouler et l'intestin a été arraché de sa ligature, et quoique l'appareil eût été fortement serré, l'intestin s'en est dégagé et a déversé ses matières dans le ventre.

Ainsi donc il ressort de nos expériences que l'on est exposé à deux accidents : d'une part la perforation trop rapide de l'intestin par le bouton, d'autre part l'intestin insuffisamment maintenu peut se dégager de l'instrument.

J'ai trouvé dans la littérature plusieurs exemples de perforation par le bouton.

III. — *Observations cliniques.*

Je rappellerai d'abord les deux faits auxquels le professeur Demons, de Bordeaux, a fait allusion dans une séance récente. Dans deux cas de gastro-entérostomie par la méthode de Murphy on

trouva à l'autopsie une péritonite purulente ; la paroi stomacale était sphacelée au niveau de l'abouchement et l'estomac largement ouvert déversait son contenu dans le péritoine.

Dans le *Centralblatt f. Chirurgie* (1894, n° 43), nous trouvons une intéressante observation de Zielewicz de Posen. Il s'agit encore d'une gastro-entérostomie exécutée avec le Murphy, pour un carcinome du pylore. Le malade mourut le septième jour de péritonite. On trouva le bouton libre dans la cavité abdominale et suspendu par les fils en bourse. L'orifice stomacal était comme coupé au couteau et il était plus large que la circonférence du bouton. Les bords de l'intestin grêle étaient en plusieurs endroits déchirés. Je note spécialement que Zielewicz avait fait grande attention pour ne pas serrer trop fort.

J'ai recueilli encore une observation intéressante de Willy Meyer (*Centralblatt f. Chirurgie*, 1894, n° 37).

Il s'agit d'une femme de 37 ans, opérée d'un carcinome rectal siégeant très haut. On pratique la résection par le procédé de Kraske et on réunit les deux bouts avec le bouton de Murphy. Tout alla bien d'abord, les gaz sortirent par l'anus au bout de quarante heures et le bouton fut éliminé le onzième jour. Peu après deux fistules stercorales s'établirent et le malade mourut au bout d'un mois.

On trouva à l'autopsie que la réunion n'avait pas tenu ; le bout supérieur s'était rétracté en haut, et il existait de la péritonite. L'auteur attribue l'accident à la brièveté excessive du mésocôlon.

Pour ma part j'ai eu deux fois l'occasion d'employer le bouton de Murphy.

Dans le premier cas il s'agissait d'une résection du rectum pour un carcinome. Je pensais réunir les deux bouts avec le bouton de Murphy mais ils étaient tellement surchargés de graisse que la coaptation exacte des surfaces eût été impossible. Je préférai m'abstenir. Je fis la suture circulaire à trois étages qui me donna un résultat excellent.

Dans un second cas il s'agissait d'un homme de 40 ans environ, entré à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de M. Blum que j'avais l'honneur de suppléer.

Ce malade avait un carcinome du côlon descendant. Je fis une incision verticale sur le bord externe du muscle droit et j'arrivai bientôt sur la tumeur. Elle était très volumineuse et adhérait fortement à la paroi abdominale latérale. En décollant avec les doigts l'adhérence pariétale, le tissu cancéreux se déchira et du liquide septique tomba dans la cavité abdominale, protégée d'ailleurs par des compresses aseptiques.

Suite page 774.

La résection fut faite régulièrement, sans accrocs et je fis ensuite la réunion avec un bouton de Murphy moyen débarrassé de sa bague et de son ressort. Je pris en outre la précaution d'ajouter autour du bouton une rangée complète de sutures sero-séreuses. Le malade mourut au bout de quarante-huit heures. A l'autopsie on trouva de la péritonite due probablement à l'effusion des liquides septiques au moment du décollement des adhérences. L'intestin était très aminci au niveau du bouton et sur le point d'être perforé ; l'orifice du bouton était obture par un bouchon très dense de matières fécales.

Quoique la mort ne paraisse pas devoir être attribuée exclusivement au bouton de Murphy, il est intéressant de noter l'amincissement de l'intestin par le bouton qui aurait probablement abouti à une perforation si le malade avait vécu plus longtemps. Remarquons aussi l'oblitération du bouton par les matières fécales.

IV. — *Avantages et inconvénients du bouton de Murphy.*

Le bouton anastomotique présente les avantages suivants :

1° Son exécution est facile et rapide, l'opération s'exécute en 10 ou 15 minutes ;

2° Il n'expose pas à des fautes opératoires analogues à celles des sutures perforantes ;

3° Il ne produit pas de rétrécissement tardif.

Voici maintenant les inconvénients :

1° La lumière du bouton peut être oblitérée par des matières fécales quand on le place dans le gros intestin. Ce bouchon en gênant la circulation des gaz et des matières peut occasionner de l'occlusion ;

2° Lorsque le bouton est trop serré, il expose à la perforation de l'intestin ;

3° Lorsqu'il n'est pas assez serré, l'intestin peut se dégager ;

4° Il est à craindre que le gros et le moyen bouton ne puissent toujours traverser l'intestin grêle. Pareil accident peut être à redouter même avec le petit bouton ;

5° Quand on emploie le bouton pour le gros intestin, les appendices graisseux de ce dernier peuvent, lorsqu'ils sont volumineux, empêcher une coaptation exacte des surfaces qu'on veut accoler. Il en résulte des solutions de continuité par lesquelles s'échappent les matières intestinales ;

6° La construction du bouton actuel est défectueuse ; ses bords trop étroits ulcèrent l'intestin, les crochets soudés à l'étain sont peu solides et se dessoudent facilement par le flambage, l'ébullition à la glycérine ou l'étuve sèche.

V. — *Moyens pour éviter quelques-uns des inconvénients du bouton de Murphy.*

Les inconvénients relatifs au volume du bouton ne paraissent pas pouvoir être facilement corrigés puisque le passage du petit bouton lui-même semble devoir être impossible dans certains cas. Il se peut cependant que sur le vivant cet accident soit assez rare pour qu'il n'y ait pas lieu d'en tenir compte. Jusqu'à ce que l'expérience ait prononcé je crois qu'il sera sage de n'employer que le petit bouton sur l'intestin grêle.

Deux modifications importantes sont à signaler aux fabricants ; il serait indispensable de remplacer les bords étroits et convexes du bouton par des surfaces planes et larges. Il faudrait aussi que les crochets d'engrènement fussent soudés non pas à l'étain mais à la soudure forte afin que l'appareil ne s'altérât pas quand on le stérilise par la chaleur.

En attendant ces derniers perfectionnements on fera en sorte d'articuler sans serrer trop fort, et on stérilisera l'instrument dans l'eau bouillante.

Je conseille aussi de supprimer la bague montée sur ressort, qui a de nombreux inconvénients. Quand le ressort est fort, la pression qu'il exerce est dangereuse ; quand il est faible, cette pression peut être insuffisante lorsque le bouton est peu serré. Ajoutons que la présence du ressort gêne l'opérateur pour apprécier exactement le degré de pression qu'il exerce.

On n'appliquera pas étroitement la ligature en bourse sur le cylindre central pour éviter que l'intestin ne se déchire au moment où on articule.

En résumé, messieurs, en tenant compte des avantages et des inconvénients du bouton de Murphy on arrive à cette conclusion que cet appareil est très ingénieux, qu'il abrège notablement la durée des opérations intestinales, les rend plus faciles, et évite le rétrécissement tardif. Malheureusement son emploi n'est pas sans danger, son application réclame beaucoup de précautions et de prudence. Enfin, il est utile de lui faire subir un certain nombre de modifications pour en faire un instrument satisfaisant.

Présentation de malade.

Ostéosarcome du pubis droit avec envahissement de la branche horizontale et descendante. Résection étendue du pubis. Marche facile au bout d'un mois.

Par M. LUCIEN PICQUÉ.

La malade présentée à la Société avait été adressée à M. Picqué par le Dr Catuffe (de Neuilly), pour une tumeur du pubis.

La nommée Hélène B..., 41 ans, entre le 1er septembre 1894 à l'hôpital Lariboisière, salle Gosselin, n° 36, dans le service de M. Perier, que j'avais l'honneur de suppléer.

Pas d'antécédents héréditaires.

La mère est morte à 46 ans d'une cirrhose du foie. Le père a trois frères tous vivants et bien portants. N'a jamais été malade dans sa première ni sa deuxième enfance. Réglée à 17 ans : n'a pas présenté de troubles du côté de la menstruation.

A 24 ans, une grossesse normale qui s'est terminée sans accident notable.

Il y a dix mois, à la suite d'un effort considérable, elle commença à ressentir un douleur commençant au niveau de la crête pectinéale et s'irradiant jusqu'au genou. Cette douleur augmentait dans la marche et diminuait par le repos. Le 14 juillet seulement, elle reconnut l'existence d'une tumeur au niveau du pubis ; trois semaines après, les douleurs furent tellement violentes, qu'elle dut s'aliter.

A son entrée à l'hôpital nous constatons une tumeur, du volume du poing, siégeant au niveau du pubis droit et faisant une saillie notable au-dessus de la branche horizontale du pubis correspondant à droite de la ligne médiane.

Du côté de la branche horizontale, les limites sont indécises : au contraire, à gauche, elle s'arrête bien au niveau de la ligne médiane qu'elle ne dépasse pas. Le toucher vaginal permet de constater l'intégrité absolue de la face postérieure du pubis. Il n'existe aucun trouble vésical : les douleurs ressenties par la malade sont très vives : elles sont spontanées et s'irradient à la face interne de la cuisse jusqu'au genou. L'état général est excellent.

Il n'y a pas d'amaigrissement.

L'intervention est proposée à la malade, qui l'accepte, et est pratiquée de la façon suivante : Une incision transversale est menée le long du pubis dans une étendue de six centimètres : à ses deux extrémités une incision verticale de quatre centimètres. La symphyse pubienne est mise à nu dans toute son étendue verticale jusqu'à l'arcade. En haut, le muscle droit de l'abdomen du côté correspondant est désinséré.

En bas, le ligament suspenseur du clitoris est également désinséré à la rugine ainsi que le droit interne de la cuisse en dehors.

Je pratique alors la symphyséotomie qui me permet de donner un écartement suffisant du pubis pour le passage de la rugine en arrière.

Cherchant alors les limites du néoplasme au niveau de la branche horizontale du pubis, je désinsère : 1° le premier et le deuxième adducteur au niveau du corps ; 2° la partie la plus interne du muscle obturateur et l'extrémité interne du muscle pectiné au niveau de l'épine du pubis et de la partie interne de la crête pectinéale. Les deux branches du pubis se trouvant à nu, je pratique au ciseau une section, située bien au dehors de la limite du néoplasme, enlevant ainsi une portion de l'aire du trou sous-pubien.

L'opération est terminée, laissant dans la continuité de la ceinture pelvienne une perte de substance d'au moins quatre travers de doigt.

Redoutant les conséquences d'une semblable opération au point de vue statique, j'avais fait construire au point de vue d'une prothèse immédiate « à la Martin », deux modèles de pièces en caoutchouc durci avec ailettes latérales. Je ne pus les utiliser et dus me contenter de faire la réunion des téguments au-devant de cette large brèche. Je fis pendant deux jours un drainage préventif à la gaze iodoformée. La réunion se fit par première intention et aujourd'hui, un mois environ après l'opération, bien que je n'ai conservé ni périoste ni insertion musculaire, le bassin est solide et la malade marche avec aisance.

C'est là un fait qui m'a semblé digne de l'attention de la Société de chirurgie.

Discussion.

M. MICHAUX. J'ai observé un fait analogue et chez mon opéré comme chez celui de M. Picqué, la marche est restée facile malgré la résection d'une bonne partie de la symphyse pelvienne.

M. P. BERGER. Les faits signalés par MM. Picqué et Michaux ne sauraient nous surprendre, car depuis longtemps nous savons par l'existence des exstrophies que l'intégrité de la marche n'est point compromise alors même que la symphyse pelvienne fait complètement défaut.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,

PEYROT.

Séance du 21 novembre 1894.

Présidence de M. J.-L. Championnière.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Lettre de M. Terrier demandant un congé de deux mois et priant la Société de lui accorder le titre de membre honoraire ;

3° Lettre de M. Dardignac, médecin-major de 1re classe, demandant à être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national ;

4° Lettre de Mme veuve Mourlon, faisant part de la mort de M. le Dr Mourlon, membre correspondant national.

A propos du procès-verbal.

Sur la question de l'emploi du bouton de Murphy.

M. Quénu. Parmi les objections que M. Chaput a faites au bouton de Murphy, je relève d'abord celle du détachement des crochets d'engrènement quand on stérilise l'instrument à une température élevée. Cette objection est peu valable. Vous n'avez qu'à faire bouillir votre petit appareil au lieu d'user de l'étuve sèche.

Restent les accidents arrivés à M. Demons, à Zielewicz et à M. Chaput. Mais il faudrait savoir quelle a été la technique opératoire de ces chirurgiens.

M. Chaput. M. Quénu s'est étonné de ce que sur un des cadavres dont j'ai parlé, l'intestin n'ait mesuré que 8 millimètres de diamètre. Je maintiens ces mensurations qui ont été faites très soigneusement par moi-même avec le concours de mes internes. La seule explication que je puisse fournir, c'est qu'il s'agissait d'une très

vieille femme (72 ans), et l'on sait qu'à cet âge l'alimentation est très souvent minime et l'intestin se rétrécit.

L'objection que j'ai faite à la soudure n'est pas absolue; je sais très bien qu'on peut stériliser le bouton par ébullition. J'ai seulement voulu mettre en garde contre les inconvénients de l'étuve ou du flambage.

M. Qnénu me demande la technique suivie dans les opérations que j'ai citées. Je n'ai pas de renseignements pour celles de Demons. Zielewicz spécifie très nettement qu'il a serré très peu son bouton.

Quaut à moi, j'ai employé un bouton de Murphy dépourvu de bague et j'ai systématiquement serré très peu. J'ai ajouté une rangée circulaire de sutures au niveau de la rainure du bouton.

M. Quénu. M. Chaput explique ces accidents par une pression trop forte. Je ne le crois pas. Je lui fais observer d'abord que si, pour son cas personnel, il a enlevé une pièce et un ressort, ce n'est plus le bouton de Murphy qu'il a appliqué, mais un bouton modifié par Chaput.

Je pense que les accidents de sphacèle arrivés à M. Demons sont dus à une toute autre cause, à savoir à la filtration de liquide septique venant de l'estomac et de l'intestin. Cette complication et d'autres encore, vous pouvez les éviter facilement.

J'ai pratiqué trois gastro-entérostomies avec le bouton : un malade, en pleine urémie, est mort quarante-huit heures après : à l'autopsie, l'adaptation des parois viscérales était parfaite; mes deux autres malades ont guéri et se portent bien encore.

L'opération n'a pas seulement l'avantage de la rapidité, elle assure une étancheté parfaite, tandis qu'avec les sections vous ne pouvez vous assurer contre l'issue du contenu stomacal. De là les conseils de lavage de l'estomac préopératoire. Je fais la gastro-entérostomie antérieure; les deux viscères en présence, j'applique le demi-bouton mâle, de préférence sur l'estomac, et l'autre sur l'intestin. J'ai eu soin de boucher le cylindre avec un bouchon de liège traversé par une épingle anglaise, afin d'être sûr que le bouchon une fois appliqué ne file pas.

Avant d'inciser l'estomac, je faufile une soie circonférenciellement au bouton, et comme celui-ci est peu commode à tenir, j'ai fait faire, par M. Colin, ce petit appareil composé d'un sou auquel est soudé un stylet. Le sou mesure à peu près la projection du bouchon petit modèle (21^{mm} de diamètre), on l'applique contre l'estomac et, à 1 ou 2 millimètres autour, on faufile sa soie en restant dans le plan musculo-séreux, alors on incise en se rapprochant le moins possible du fil; j'ai fait, pour ma part, une petite incision cruciale

et j'ai réséqué une collerette de muqueuse; j'insiste sur la nécessité d'amener la paroi viscérale à la base de la tige, de veiller à ce que cette paroi ne grimpe pas, permettez-moi l'expression, le long de la tige; il importe, en effet, que le rapprochement des deux demi-boutons ne produise pas un rebroussement des tuniques gastrique ou intestinale et que l'adossement n'ait lieu qu'entre les séreuses. Votre demi-bouton est mis en place pendant que l'aide pince, au delà le viscère, et s'oppose ainsi d'une façon absolue à toute issue de liquide. Vous serrez le fil, vérifiez la collerette, et alors, enlevant vos bouchons, vous emboîtez l'un dans l'autre vos deux pièces.

Assurez-vous que l'adossement est parfait, sinon vous mettrez un fil de sûreté.

M. Chaput. M. Quénu affirme que je n'ai pas employé le bouton de Murphy, parce que j'en ai supprimé le ressort; il y a là une exagération manifeste.

C'est plutôt M. Quénu qui n'a pas employé la méthode de Murphy, car le bouchon, l'épingle et la résection de la muqueuse n'ont jamais été indiqués par Murphy. Ce sont sans doute des perfectionnements que j'apprécie, mais ils sont de Quénu et non de Murphy. Je tiens à ajouter que, contrairement à M. Quénu, je pense que le sphacèle de l'intestin résulte de la pression exagérée du bouton. Sur mes huit expériences, cinq fois j'ai employé le bouton avec sa bague et en serrant fort; quatre animaux sont morts.

Les trois derniers chez lesquels j'a employé le bouton sans bague, avec une pression modérée et avec des sutures complémentaires, les trois animaux, dis-je, ont guéri.

Donc c'est la pression exagérée qui paraît dangereuse.

Communication.

Note sur la pathogénie du sarcome,

Par M. Moty.

La nature infectieuse du sarcome est si nettement indiquée par son mode de propagation au sein des tissus qu'on est naturellement amené à chercher dans le néoplasme lui-même la cause infectieuse qui détermine sa formation.

La tendance du sarcome à se propager au poumon, rendant d'ailleurs très vraisemblable l'infection du sang, c'est dans ce liquide qu'il faut chercher l'agent pathogène si l'on veut éviter les causes d'erreur.

D'après ces données, j'ai pratiqué, en 1892, un certain nombre de cultures de sang sarcomateux sur gelose, mais sans jamais obtenir la moindre végétation. J'allais abandonner ce procédé de recherches quand j'eus l'occasion de pratiquer l'autopsie d'un sarcomateux, opéré de castration quelques mois auparavant. La récidive s'était faite dans la veine cave elle-même et avait gagné les reins par les veines rénales ; de plus, une masse néoplasique occupait l'oreillette droite du cœur, qu'elle remplissait presque complètement ; elle adhérait à la paroi gauche de cette cavité. Le système artériel était absolument intact, même dans les reins ramollis. J'en conclus que l'agent pathogène était probablement anaérobie et, en effet, dans le premier cas que je pus observer ensuite, un semis anaérobie du sang me fournit une culture pure de microcoques extrêmement petits, très faciles à reproduire. Le semis aérobie de cette culture, dans du bouillon simple, me donna des résultats positifs et, dans la suite, pour gagner du temps, je me contentai de pratiquer des semis de sang dans un tube de bouillon.

Sur neuf cas de sarcome et trois de tumeurs à myéloplaxes dont j'ai pu examiner le sang, j'ai rencontré onze fois le microcoque en question à l'état de pureté, tandis que les recherches que je faisais en même temps sur le sang des épithéliomateux restaient constamment stériles.

Voici le résumé de ces cas :

Obs. I. — J..., entré le 9 août 1891 au Val-de-Grâce, pour sarcome du genou, avec fracture spontanée du fémur, opéré le 19 août de désarticulation de la hanche; pansé au naphtol camphré, a commencé un traitement arsenical, mais ne l'a pas continué (histologie pathologique, sarcome fuso-cellulaire, sarcome à petites cellules, tumeur à myéloplaxes, suivant les points examinés). La plaie se ferme définitivement le 15 octobre.

Le 30 juin 1892, semis anaérobie du sang, fertile le lendemain (deux pipettes).

L'examen direct du bouillon fertile montre une culture pure de micrococques doubles ou simples, extrêmement petits, animés de mouvements d'oscillation très apparents.

8 juillet (2e culture). Anaérobie avec le bouillon fertile des premiers tubes ; dix-huit heures après, un dépôt blanc assez apparent s'est déjà formé sur les parois des tubes.

Le malade sort à la fin de juin 1892 et meurt le 29 août de la même année, par récidive pulmonaire (un an et dix jours après l'intervention). Son observation a été lue à l'Académie de médecine.

Obs. II. — M. X..., sarcome sous-claviculaire, opéré il y a quelques mois par M. le professeur Robert, cicatrisation rapide (histologie,

sarcome fuso-cellulaire). Le malade n'a pas été suivi. Semis anaérobie, le 9 juillet, à 10 h. 30 m. du matin, étuve à 38°,1 ; à 5 heures du soir, le dépôt blanc est déjà très apparent dans les deux tubes.

Le 13 juillet, semis aérobie en bouillon peptonisé, avec une deuxième culture du premier semis, fertile après vingt-quatre heures.

Obs. III. — Femme de 54 ans, tumeurs sarcomateuses multiples, abdomen, aînes, thorax, front ; état général grave.

Le 19 septembre, un semis anaérobie et un semis aérobie; tous deux sont fertiles le 20. Même diplocoque que précédemment. Malade non suivie.

Obs. IV. — Femme de 40 ans, opérée de résection du maxillaire inférieur (branche droite) pour tumeur à myéloplaxes, le 10 juin 1891 (présentée le 3 janvier 1894 à la Société de chirurgie), a fait un traitement suivi par l'arséniate de soude et a été pansée au naphtol camphré, mais a cessé tout traitement en mai 1892.

Semis aérobie et semis anaérobie le 21 octobre 1892, le premier est très fertile le 24 octobre, le second l'est faiblement. De plus, les micro-coques, semblables d'aspect à ceux décrits plus haut, ont une tendance plus marquée à se mettre en grappe.

Le traitement arsenical est repris et, le 23 novembre, un nouveau semis de sang reste stérile.

Le 14 décembre, même tentative, même résultat.

Le 28 avril 1893 (2e culture). Aérobie avec celle du 21 octobre. Le bouillon ne se trouble que le 5 mai.

Obs. V. — M. H..., 55 ans environ. Tumeur sus-hyoïdienne dure, semis aérobie le 22 octobre 1893, fertile le 28. La nature sarcomateuse de la tumeur n'a pas été démontrée.

Obs. VI. — Homme de 48 ans. Sarcome thoracique sous-mammaire gauche, volumineux, paraissant adhérer aux côtes et au sternum, et compliqué de diabète (25 gr. par litre) ; traitement au bromure. Semis aérobie du sang en bouillon le 8 octobre 1893.

Le 12, la culture paraît encore stérile ; j'en prélève une pipette, et je fais une culture anaérobie ; celle-ci est très fertile le 13 au soir, et la première commence à le devenir aussi.

Opéré le 4 octobre, tumeur adhérente au paquet vasculaire inter-costal et non aux côtes. Suites simples d'abord ; le 16, mortification d'une partie du lambeau trop mince et, le 20, érysipèle ambulant bénin, qui cède à la fin de novembre. Le malade suit un traitement à l'arséniate de soude ; deuxième culture de sang le 7 décembre, également fertile, une troisième culture aérobie, le 14 janvier, reste stérile. Cependant, récidive en février et mort en août. A cessé l'arséniate de soude en février.

Obs. VII. — Tumeur très vasculaire de l'abdomen, paraissant avoir

le rein droit pour origine et pour laquelle M. le professeur Robert fit une laparotomie exploratrice.

Culture aérobie le 3 décembre, stérile le 14 janvier ; deuxième culture aérobie le 14 janvier, stérile. Il n'a pas été fait de culture anaérobie.

OBS. VIII. — Tumeur de l'hypocondre gauche, analogue à la précédente. Semis aérobie le 14 janvier, fertile le 16.

OBS. IX. — Tumeur ostéo-cartilagineuse de l'épiphyse inférieure du fémur droit, origine ancienne, marche très lente. Semis aérobie le 4, le 6, le 16 et le 21. Les deux premiers sont fertiles après deux jours, les deux autres restent définitivement stériles. Le traitement arsenical a été commencé le 3 avril par 1 centigramme. Opéré le 19 mars ; pansement au naphtol camphré. Sorti le 20 avril, avec un reste d'hydarthrose ; complètement rétabli depuis.

OBS. X. — Mélano-sarcome. Femme de 20 ans. Siège cuisse gauche et fesses (tumeurs multiples). Semis aérobie le 20 avril 1894. Le bouillon se trouble le 28 avril.

OBS. XI. — M. B..., 35 ans. Tumeur à cellules géantes du fémur droit, fracture spontanée le 24 août 1894; semis aérobie du sang le 26 août, fertile le 29. Désarticulation de la hanche le 1er septembre, mort cinq heures après. Le foyer de la fracture contenait une grande quantité de pus, adhérences totales des deux plèvres, cœur gras, plaques rouges adhérentes à l'endocarde de la pointe du cœur droit, et de même aspect que le tissu néoplasique de la cuisse ; 31 août, nouvelle culture aérobie de sang, fertile le 3 septembre.

Le cas où je n'ai rien trouvé dans le sang est relatif à une tumeur abdominale droite, pour laquelle M. le professeur Robert fit une laparotomie exploratrice et posa le diagnostic de sarcome du rein inopérable. Quoique la nature de la tumeur n'ait pas été déterminée par un examen histologique, le sarcome est très probable, et cependant le sang a été semé deux fois en bouillon, sans résultat.

La végétation du microcoque dans le bouillon ne se fait souvent qu'après trois ou quatre, et même huit jours, mais les secondes cultures évoluent beaucoup plus vite et on peut en obtenir un nombre indéfini de générations successives.

Procédé de recherche. — Aseptiser la peau de l'annulaire gauche, à sa partie sus-onguéale, avec la solution de sublimé à 4 0/00 ; laisser sécher sans essuyer ; il est inutile de laver à l'éther et à l'alcool ; piquer vivement avec la pointe d'une lancette flambée, ou une épingle, et faire sortir par pression la quantité de sang nécessaire ; 2 à 4 gouttes suffisent ; le sang est recueilli

au moyen d'une pipette stérile que l'on scelle, après avoir éloigné la colonne liquide de l'extrémité du tube, ou qui sert à porter immédiatement le sang dans un tube ordinaire de bouillon. La peptone et la glycérine ne paraissent pas influencer beaucoup la culture.

La même pipette peut servir à faire en même temps un semis aérobie et un semis anaérobie; laver ensuite à nouveau la piqûre au sublimé.

Caractères des microcoques. — Leur volume est si petit qu'on les voit difficilement; le mieux est cependant de les examiner sans coloration avec un fort objectif; ils sont isolés ou par deux et semblent quelquefois encapsulés.

Ils ne prennent pas le Gram, se colorent difficilement par toutes les méthodes et perdent facilement leur couleur. Le violet de méthyle alcalin, après un bain d'une heure, donne une coloration passable; le bleu de Lœffler colore un peu moins. La couleur bleue ou violette tend à prendre une teinte verdâtre dans les amas de microcoques. Les cultures anaérobies se développent beaucoup plus rapidement (6 à 8 heures à 38°) que les aérobies (24 heures à 8 jours). Le bouillon de culture semé sur gélose donne une bande étroite blanc perlé finement festonnée avec quelques colonies très petites sur les côtés des lignes de semis; la culture échoue quelquefois. Par piqûre en gélatine, la végétation forme un clou qui s'enfonce peu à peu et se dépose en entier au fond de la gelée sans la ramollir ni la troubler.

Action des milieux. — Les additions de substances antiseptiques aux cultures donnent les résultats indiqués dans le tableau ci-contre :

Tableau

Action de différents réactifs.

SUBSTANCES.		RÉSULTATS.	OBSERVATIONS.
Acides............ (une goutte)	Lactique 1/10e..............	2	La richesse des cultures est appréciée de 0 à 4 l'acide thymique ou thymol, le chlorure de zinc et l''acide phosphorique ont été les antiseptiqnes les plus actifs.
	Thymique 1/100e...........	0	
	Oxalique	2	
	Citrique....................	1	
	Benzoïque	2	
	Fluorhydrique..............	2	
	Cinnamique	3	
	Arsenieux	2	
	Gallique....................	2	
	Acétique....................	1	
	Osmique....................	4	
	Chrysophanique	2	
	Picrique.........	2	
	Phosphorique...............	0	
Sels	Chlorure de calcium........	1	
	Chlorure de zinc...........	0	
	Lactate de zinc.	4	
	Bichromate de potasse......	1	
Divers...........	Essence de girofle..........	4	
	Glycérine	4	
	Essence de thérébenthine...	3	
	Benzine	2	
	Zinc........................	4	
	Résorsine.......	3	
	Lysol.......................	3	
	Dermatol	3	

L'effet comparé des substances les plus actives a été recherché au milieu de nouvelles cultures avec un semis plus riche.

SUBSTANCES.	RÉSULTATS.
Acide phosphorique.............................	0
Chlornre de zinc	Très faiblement fertile.
Acide lactique..................................	Fertile.
Thymol...	Fertile.

L'action antiseptique la plus puissante appartient donc à l'acide phosphorique. La chaleur m'a semblé détruire facilement la vitalité du microcoque.

Inoculations. — Sur le lapin l'injection veineuse à petites doses est bien tolérée ; l'injection dans la veine fémorale entre deux ligatures m'a donné une tumeur rosée du volume d'une petite noisette qui s'est résolue au bout d'un mois. Une injection dans l'épiphyse

inférieure du tibia d'un chien est restée sans résultats après un an.

L'injection du lapin fut faite le 8 juillet. Il mit bas en novembre, et deux de ses petits moururent. Deux cultures de son sang, l'une aérobie, l'autre anaérobie furent, la première stérile, la seconde fertile.

Il résulte de ces observations qu'il existe probablement toujours dans le sang des sarcomateux un microcoque aérobie facultatif, mais de préférence anaérobie ; or, comme, d'autre part, on sait depuis longtemps que le sarcome se propage par le système veineux, il y a d'assez sérieuses présomptions pour que ce microcoque soit l'agent pathogène du sarcome.

Il est bon de noter que le sang de mes cultures a été pris sur des malades non suppurés, ayant suppuré, et guéris, ou atteints de suppuration profonde, sans que les résultats aient été modifiés. On ne connaît pas jusqu'ici d'espèce animale susceptible d'infection sarcomateuse, de sorte que mes tentatives expérimentales sont restées infructueuses. Par contre, on sait que les régions où apparaissent chez l'homme les tumeurs sarcomateuses sont bien en concordance avec l'hypothèse d'une origine veineuse ; parties latérales du cou, orbite, épiphyses des os, diploé, épididyme, espaces intercostaux, pied, parties profondes de la cuisse, etc., tous les points, en un mot, où le sang veineux est abondant ou son cours ralenti. On est frappé, en outre, de ce fait, qu'une contusion profonde, une déchirure musculaire, capsulaire ou aponévrotique profonde est assez souvent notée dans l'étiologie du sarcome, tandis que les plaies ouvertes sont hors de cause ; la prédilection du sarcôme pour les membres inférieurs et son lieu d'origine profond ou veineux sont attribuables à des causes du même ordre.

L'autopsie relatée au début de ce travail est, à cet égard, des plus démonstratives. La récidive s'était faite dans la paroi même de la veine cave, laissant entre le siège primitif de la maladie, le testicule castré et le point de récidive dans la veine cave, toute la longueur de la veine spermatique oblitérée, mais sans trace de prolifération.

Dans l'autopsie d'une cuisse amputée au tiers supérieur par M. le professeur Delorme pour un sarcome encéphaloïde des condyles du tibia, la veine fémorale, complètement détruite au niveau de la tumeur, était oblitérée par caillot également encéphaloïde se prolongeant jusqu'au point de section, et l'examen de la paroi veineuse, à 10 centimètres au-dessus de la tumeur, montrait des couches de cellules géantes en évolution dans l'épaisseur de cette paroi.

En rapprochant tous ces faits des données biologiques relatives

au microcoque décrit plus haut, ou trouve entre eux et elles une concordance qui ne pourra pas être considérée comme fortuite si d'autres observateurs obtiennent des résultats conformes aux miens.

Les caractères du microcoque présumé sarcomateux sont trop incertains pour que l'on puisse dire s'ils se rapportent tous à un même type ou s'ils offrent des variétés correspondant aux différentes formes de sarcome. Les résultats des semis sur gélose ou en bouillon simple, pepnotisé ou glycériné, nous le font penser, parce que toutes les cultures ne suivent pas une marche absolument parallèle ; il y a, d'autre part, des différences cliniques et anatomo-pathologiques bien accusées entre le sarcome des épiphyres et les tumeurs à médullocèles qui occupent plutôt les diaphyses, ou les tumeurs à myéloplaxes qui se rencontrent surtout aux maxillaires ; ainsi, dans l'ostéo-sarcome épiphysaire, les veines afférentes sont malades et thrombosées jusqu'à une grande distance de la masse néoplasique, tandis que je les ai trouvées saines dans la dernière observation relatée ; mais il me paraît inutile d'insister plus longtemps sur ce point qui appelle de nouvelles études.

L'examen du sang sarcomateux coloré par la méthode de Czerzincke ne m'a donné que des résultats insignifiants ; je note seulement en passant que la proportion des globules blancs éosinophiles aux globules blancs ordinaires était comme 1 à 5.

Un dernier fait vient à l'appui de l'hypothèse émise plus haut relativement à la pathogénie du sarcome, c'est l'aseptisation du sang par le traitement arsénical à fortes doses : les cultures faites après un ou deux mois de traitement dans trois des cas rapportés plus haut sont restées stériles (dans l'obs. III seule, l'asepsie du sang a été contrôlée par une culture anaérobie) ; ce fait est corroboré dans sa signification par l'influence favorable de l'érysipèle sur la marche du sarcome.

Histologie. — La constitution anatomique des néoplasmes montre souvent des types de structure différents, suivant les points de la tumeur. Ainsi, dans l'observation I, on trouvait à la périphérie du sarcome fasciculé, vers le centre du sarcome à petites cellules avec quelques myéloplanes ; il y avait, en outre, du tissu osseux imparfaitement ébauché. Robin avait déjà signalé ce fait, bien plus apparent encore dans notre dernier cas, où, sur une même coupe de très petites dimensions, se trouvent des travées de cellules géantes séparées soit par des couches de sarcome à petites cellules, soit par des faisceaux de fibres-cellules ondulées, soit par du tissu osseux embryonnaire ; la végétation de l'endocarde droit était

constituée par du sarcome à petites cellules. Presque toutes les analyses de sarcomes anciens et volumineux montrent des variétés de structure analogues.

Je tenais seulement à rappeler le fait signalé par bien des auteurs, M. Schwartz entre autres, sans vouloir entrer ici dans de plus longs détails.

Nous pouvons résumer ce travail dans les termes suivants :

1° Toutes les tumeurs du type sarcome ou variétés voisines s'accompagnent d'une infection du sang par un micrococque.

Cette infection détermine souvent une élévation de température plus ou moins accusée et peut causer de la suppuration (obs. XII), même en l'absence de toute lésion des téguments ;

2° Le traitement du sarcome doit être médical et chirurgical ; l'arséniate de soude, ayant donné des résultats favorables en France et à l'étranger, doit être employé avec persévérance et à doses assez élevées ; peut-être l'acide phosphorique est-il destiné à le remplacer ;

3° Les cultures bactériologiques du sang peuvent être utiles au point de vue du diagnostic des sarcomes, sous la réserve que, dans les abcès profonds, le sang est également septique et que, avant de faire le diagnostic du sarcome, il faut éliminer d'abord, soit par les données cliniques, soit par l'étude bactériologique, les phlegmons de cause infectieuse interne ou externe. En général, dans les abcès infectieux, la culture aérobie est fertile après vingt-quatre heures, tandis qu'elle ne l'est qu'après deux à huit jours dans le sarcome ;

4° Le micrococque n'est pas apparent dans les tumeurs, parce qu'il se colore difficilement ; cependant, en employant le bleu de Lœffler ou le violet de méthyle, j'ai pu voir dans les coupes des amas granuleux tirant sur le vert en certains points et correspondant bien aux préparations que j'obtiens avec les cultures riches un peu anciennes desséchées sur une lamelle ; ces amas se voient surtout bien sur les coupes des veines malades. Les recherches faites sur les tumeurs en rapport avec l'atmosphère ne peuvent donner que des résultats incertains, car le sarcome ouvert sert de porte d'entrée aux organismes les plus variés ; nous y avons rencontré le staphylocoque doré, le streptocoque et le bacille du pus bleu ; mais le micrococque décrit plus haut ne paraissait pas s'y trouver, ce qui tient certainement aux difficultés de sa première culture.

La conclusion de tous ces faits serait que le sarcome est une maladie infectieuse à marche chronique due au développement d'un micrococque anéorobie facultatif dans le sang veineux ; ce micrococque, étant donné le temps considérable pendant lequel ses

cultures restent vivaces, est probablement très répandu dans la nature et pénètre dans l'organisme plus souvent qu'on ne le pense. Mais cette conclusion serait prématurée ; ma communication n'a pour but que de signaler la présence de microcoques dans le sang des sarcomateux, afin de provoquer des recherches plus complètes sur ce point.

Lecture.

Description d'un brancard destiné à transporter sans secousses les blessés du théâtre de l'accident jusque dans leur lit, par M. Desprez (de Saint-Quentin).

Rapports.

I. — Sur un travail de M. Villar (de Bordeaux), intitulé : *Note à propos du manuel opératoire de la gastrostomie.*

Rapport par M. Picqué.

Messieurs, vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur une note que M. le Dr Villar, agrégé distingué de la Faculté de Bordeaux, vous a lue dans une récente séance, sur le manuel opératoire de la gastrostomie.

Un point qui a préoccupé tous les chirurgiens depuis que la gastrostomie est devenue une opération courante dans les rétrécissements organiques de l'œsophage, est relatif à l'écoulement du suc gastrique par la bouche stomacale.

Sans parler des excoriations souvent très douloureuses qui résultent du contact du suc gastrique avec le revêtement cutané, il est certain que cet écoulement incessant entraîne un trouble profond dans la nutrition du malade, trouble qui ne tarde pas à amener une mort rapide chez certains. Cette situation, dans une opération qui n'a d'autre but que d'amener l'alimentation du malade, et qui dans ces conditions l'entrave d'une façon si redoutable, ne pouvait laisser le chirurgien indifférent. On précisa la technique opératoire : le siège élevé de la bouche stomacale fut naturellement recommandé.

L'occlusion de la bouche elle-même exerça l'ingéniosité des chirurgiens et des fabricants ; ces derniers, en inventant nombre d'appareils, dont la plupart sont inefficaces et difficilement supportés par les malades, les chirurgiens en imaginant une série de

procédés opératoires ayant tous pour but non seulement de protéger la cavité péritonéale mais encore de réduire à ses dimensions les plus petites l'orifice de communication.

Je pourrais citer parmi les plus récents, celui si ingénieux de M. le professeur Terrier, ceux de Poncet (de Lyon), et de M. Monod.

Vous les connaissez bien, et je ne crois pas utile de les rappeler à votre souvenir.

M. Villar, ayant constaté l'écoulement du suc gastrique chez deux de ses opérés, a eu l'idée, dans un cas récent, de recourir à un procédé nouveau décrit par Franck (de Vienne) et dont il s'est montré très satisfait.

Il s'agit bien là, en effet, d'un procédé fort ingénieux, et bien qu'il vous l'ait décrit, bien qu'il nous ait montré des planches fort intéressantes, vous me permettrez de vous en rappeler brièvement le principe.

Il consiste à établir un canal stomacal sous-cutané et à provoquer par une suture spéciale un rétrécissement, au niveau du point où le canal se continue avec l'estomac.

Il se pratique très aisément de la façon suivante. L'incision cutanée est faite au point classique suivant une ligne parallèle au rebord costal gauche et partant en bas d'une ligne transversale tirée au niveau de l'articulation de la neuvième et de la dixième côte.

A travers cette incision, l'estomac est attiré et suturé par six points à la soie non seulement au péritoine pariétal, comme Franck, mais aussi à la paroi musculo-aponévrotique.

Le pli stomacal se trouve ainsi en dehors du ventre, au-dessus des sutures, comme le montre la figure jointe à la note.

Alors, à deux travers de doigt environ au-dessus de l'incision première, c'est-à-dire sur la paroi thoracique, et parallèlement à cette incision, une nouvelle incision est faite plus petite que la précédente.

Le point cutané intermédiaire est décollé et le sommet du pli stomacal est attiré et fixé à l'incision supérieure selon le procédé de M. Terrier, c'est-à-dire une première série de fils séro-cutanés, puis après l'ouverture de l'estomac, une deuxième série de sutures comprenant la peau et les trois tuniques de l'estomac.

Quant à la première incision cutanée, elle se trouve dans un dernier temps complètement fermée.

La seule modification que M. Villar ait apportée au procédé de Franck consiste, ainsi que je l'ai dit plus haut, en ce que notre confrère fait à la base du pli stomacal une suture séro-aponévrotique au lieu de se contenter, comme le chirurgien de Vienne, d'une

suture séro-séreuse. Il pense que, fixé de la sorte, l'estomac a moins de tendance à se retirer vers la cavité abdominale.

D'après cette technique, il existe bien, comme je l'ai indiqué au début, un canal entre l'estomac et la bouche artificielle ; de plus, l'estomac se trouve resserré du côté de la paroi musculo-aponévrotique.

M. Villar attribue à cette disposition l'avantage de pouvoir se passer d'obturateur et d'éviter, malgré tout, l'écoulement du suc gastrique en dehors.

Certes ce procédé est ingénieux et le succès qu'a obtenu notre confrère, en y ayant recours, mérite bien qu'on lui accorde une certaine attention.

L'opération est facile dans un certain nombre de cas ; mais est-elle toujours praticable et peut-on, dans tous les cas où l'estomac est rétracté et adhérent, l'attirer au dehors?

C'est là un desideratum que l'auteur de cette note pose avec franchise, mais sans la résoudre, et votre rapporteur n'ayant pas eu l'occasion, dans ces derniers temps, de pratiquer de gastrostomie, ne peut vous apporter à cet égard aucun éclaircissement.

Sans vouloir donner à ce rapport une extension trop grande, je crois que, tout en rendant hommage à l'ingéniosité de l'auteur, on peut se demander si ce complément opératoire est absolument indispensable.

Nous avons à notre disposition d'excellents procédés, en particulier celui du professeur Terrier : au début, j'avoue l'avoir assez mal pratiqué et avoir constaté des écoulements de suc gastrique. Mais, peu à peu, j'ai pu perfectionner ma pratique et (les occasions sont fréquentes, vous le savez, dans nos hôpitaux) j'ai alors obtenu de meilleurs résultats : mais surtout la pratique de mon cher maître, M. Perier, m'a donné, à cet égard, des résultats absolument sûrs.

M. Perier pratique l'abouchement et la suture de la paroi stomacale selon le procédé de M. Terrier, mais il ne fait l'ouverture de l'estomac qu'au bout de deux jours, et il emploie à cet effet la pointe du thermocautère. Dans ces conditions, il obtient une ouverture minima qui ne permet que, à glissement, le passage d'une sonde en caoutchouc ; une occlusion au collodion fixe la sonde à la paroi.

Je le répète, depuis que je suis la pratique de mon maître, je n'ai guère observé d'écoulement de suc gastrique. Je pense donc, en résumé, que c'est bien plus dans le perfectionnement des procédés connus que dans la recherche de nouveaux procédés qu'il faut chercher la solution de ce petit problème opératoire.

Si donc le procédé de Franck est ingénieux et mérite, à cet

égard, l'attention des chirurgiens, je ne saurais voir en lui qu'un procédé d'exception, si tant est qu'il soit toujours applicable, ce qui n'est pas démontré.

Messieurs, je vous propose :

1° De remercier M. Villar de son intéressante communication ;

2° De déposer son travail dans nos archives ;

3° De l'inscrire dans un rang honorable sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national de la Société de chirurgie.

Discussion.

M. Routier. Au procédé de M. Villar renouvelé de Franck (de Vienne) on peut avant tout objecter qu'il est lent. Or les individus que l'on opère ont souvent besoin d'être mis rapidement en état d'absorber quelques aliments. Longtemps avant de connaître le procédé de M. Terrier, j'usais d'une méthode analogue pour éviter l'écoulement du suc gastrique. Après avoir fixé solidement à la paroi, par des points, passés à travers sa musculature, une pointe de l'estomac, j'ouvrais le sommet de cette pointe avec le bout du bistouri. Je me suis toujours bien trouvé de cette pratique. J'observe en ce moment quatre malades opérés dans ces conditions. Ils ne perdent pas une goutte de suc gastrique. Tout récemment j'ai eu affaire à un malade véritablement mourant, que j'ai opéré à la cocaïne. Une opération un peu longue, ou un retard quelconque lui eût été fatal.

M. Schwartz. Comme l'a dit fort bien M. Picqué le procédé de Franck est évidemment un procédé d'exception. Il ne conviendrait qu'à des malades chez lesquels on pourrait longtemps à l'avance fixer l'estomac à la paroi. Mais pourquoi choisir même dans ce cas une opération si compliquée lorsque l'on peut agir si simplement. J'ai pour ma part employé 5 fois le procédé de M. Terrier : gastropexie d'abord ; au bout de deux jours ouverture fine. Pas de sonde à demeure. Deux de mes malades m'ont fourni une survie très remarquable. L'un vit encore après quatorze mois ; l'autre, une femme cachétique atteinte de cancer œsophagien très étendu, a survécu huit mois. Chez cette dernière l'alimentation s'est faite de la façon la plus satisfaisante jusqu'au bout. Jamais elle n'a rien perdu par la fistule.

Je n'ai pas eu de nouvelles des 3 autres opérés.

M. Segond. Je possède une observation de gastrostomie remontant à onze ans. Je n'ai pas besoin de dire qu'il ne s'agissait pas d'un carcinome. L'opéré dont je vous ai déjà entretenu plusieurs fois continue à aller fort bien. Il n'a jamais voulu revenir à Paris,

se soumettre à la dilatation. Celle-ci ne serait d'ailleurs pas bien facile, car une seule fois l'œsophage a pu être franchi avec une sonde filiforme. Il a été opéré sans procédé spécial.

M. Monod. Je vois toujours un de mes malades que j'ai opéré il y a trois ans, par le procédé que j'ai indiqué lorsque j'ai apporté ici mon observation. Il va bien et ne perd jamais par sa fistule une goutte de liquide. Je suis obligé de dilater de temps en temps l'orifice de l'estomac qui tend à s'oblitérer.

M. Championnière. Nous reprenons là une discussion qui est déjà revenue plusieurs fois à la Société de chirurgie. Il me paraît inutile d'insister sur des points déjà traités. Pour moi le procédé de Villar est trop long, et je répéterai encore que les procédés en un seul temps me paraissent toujours les meilleurs. L'écoulement du suc gastrique ne se produit, comme je l'ai déjà dit, que lorsque l'on introduit des corps étrangers dans l'ouverture stomacale. Il est donc facile à éviter.

II. — *Sur quatre observations envoyées à la Société de chirurgie,* par M. Millot-Carpentier (de Montécouvez).

Rapport par M. Richelot.

M. le Dr Millot-Carpentier, qui fait dans le département du Nord une chirurgie active et habituellement heureuse, nous a envoyé quatre observations sur des sujets divers.

La première a trait à un *Nouveau procédé d'hémostase empêchant absolument les ligatures de céder*. Tel est le titre ; le procédé consiste essentiellement à traiter les artères un peu grosses « en pédicules », c'est-à-dire à les traverser par le fil pendant qu'elles sont saisies dans une pince entaillée à son extrémité, et à les serrer dans un double lien comme un pédicule de kyste ovarique.

La seconde nous parle d'une *Fistule intarissable de la région latérale gauche du cou, causée par un abcès ossifluent vertébral.* Dilatation à la laminaire, curage des parois de la fistule, cautérisation, enfin grattage du corps vertébral, tel est le programme que l'auteur s'est tracé et qu'il a suivi de point en point. Le trajet se rétrécit rapidement, l'état générale s'améliora, enfin la guérison de la fistule était complète au bout de trois mois environ.

La troisième observation a pour titre : *Arthrite blennorragique aiguë chez une femme enceinte; arthrotomie suivie d'injections antiseptiques*; *guérison*. Avec quatre pansements, la guérison fut obtenue au bout d'un mois, par ankylose, et l'opérée accoucha à

terme. Notre confrère a le seul tort d'ajouter, voyant la malade marcher droit, sans douleur, qu' « il y aura peut-être lieu par la suite de proposer la rupture de l'ankylose ».

La quatrième cas est, une *Péritonite tuberculeuse avec kyste suppuré du péritoine; laparotomie, lavage de la poche, guérison.* L'observation manque de clarté; on nous rappelle que J.-L. Petit a décrit les kystes du péritoine, on parle de granulations tuberculeuses, mais le diagnostic ne paraît pas absolument démontré. On se borne à ouvrir « le kyste du péritoine » après évacuation du liquide ascitique, on lave le ventre et le kyste, on fait ensuite la suture et le pansement; puis, dans les « réflexions », il s'agit du « kyste que je viens d'enlever », et de l'inflammation chronique de la séreuse qui guérit par un triple lavage. Quoi qu'il en soit de ces quelques obscurités, il faut reconnaître que le chirurgien a fait preuve d'habileté et d'antisepsie bien comprise.

M. Millot-Carpentier n'en est pas à son premier envoi; il nous a déjà communiqué de nombreux faits qui témoignent de son instruction chirurgicale, de sa persévérance à bien faire, du soin qu'il met à se tenir au courant des derniers progrès. A ces divers titres il a droit à nos éloges et à nos remerciements.

III. — *Péritonite, suite de perforation intestinale*, par le Dr JULLIEN, chirurgien de Saint-Lazare.

Rapport par M. RICHELOT.

Sous ce titre, M. Jullien nous a communiqué une intéressante contribution à l'histoire des ruptures traumatiques de l'intestin grêle.

Une fille de 20 ans entre à Saint-Lazare avec le diangostic d'*urétrite*, elle y reste vingt-sept jours, et au bout de ce temps est prise inopinément d'une péritonite suraiguë. Les phénomènes sont attribués d'abord à une lésion suppurée des annexes; la malade est opérée presque *in extremis*. Les doigts de l'opérateur, décollant vers la fosse iliaque gauche quelques adhérences, tombent dans un foyer intra-péritonéal, d'où le pus se répand dans le petit bassin. Perforation du cul-de-sac postérieur, placement d'un large drain, lavages et tamponnement de Mickulicz. Vers le troisième jour, les mèches de gaz sont souillées de matières intestinales, et la malade ne succombe qu'au bout d'une semaine.

L'autopsie révèle une perforation de l'intestin grêle, à 81 centimètres du cœcum; section nette du côté de la muqueuse, déchirée du côté de la séreuse.

Comme il ne s'agit pas de fièvre typhoïde, quelle peut être la cause de cette perforation ? L'examen histologique, fait par M. Pilliet, établit qu'il n'existe aucune lésion au niveau de la déchirure intestinale; qu'il ne s'agit ni de tuberculose, ni de fièvre typhoïde, ni de dysenterie, et que l'idée d'une rupture traumatique s'impose.

La malade était à Saint-Lazare depuis vingt-sept jours, et entre les mains de la police depuis vingt-neuf au moins, quand les accidents ont débuté. Or, aucun traumatisme ne s'est produit à l'infirmerie; mais l'auteur a su que cette fille, avant son envoi à Saint-Lazare, avait été rouée de coups par des souteneurs. Il est donc établi que le viscère blessé a pu rester au moins vingt-neuf jours sans que son attrition, qui devait conduire à la gangrène, se manifestât par aucun signe, soit du 12 novembre au 11 décembre, date à laquelle commencèrent les accidents de tympanite et le phlegmon péritonitique, indices de la filtration du contenu intestinal. Il est probable qu'autour de l'escarre en voie d'élimination s'étaient condensées des adhérences, et que cette frêle barrière venant à se rompre, a ouvert la cavité péritonéale aux produits septiques amassés dans ce foyer.

Ce processus, habituellement rapide dans les ruptures du duodenum et du commencement de l'intestin grêle, est noté comme plus tardif dans les lésions de l'iléon et dans celles du cœcum. L'observation présente est une confirmation de cette remarque. Toutefois la lenteur avec laquelle les phénomènes évoluèrent est véritablement exeptionnelle.

Dans un résumé de 64 cas mortels de rupture de l'estomac et de l'intestin, où 57 fois l'époque de la mort est indiquée, Poland note qu'elle a eu lieu : 10 fois en cinq heures; 17 fois, de cinq à vingt-qutre heures; 20 fois, de vingt-quatre à quarante-huit heures; 9 fois de trois à seize jours. Macewen, cité par Jalaguier dans son article du *Traité de chirurgie*, a observé deux cas bien instructifs à cet égard : un enfant de 14 ans, renversé par une voiture, présente de graves accidents pendant les premiers jours. Le 11e il est considéré comme convalescent, et il meurt le 47e d'une déchirure de l'intestin grêle. Un homme de 30 ans reçoit dans une rixe un coup de pied, les accidents du début sont modérés, il quitte l'hôpital le 10e jour, reprend son travail et succombe le 84e jour. Ici encore l'intestin grêle avait été déchiré.

L'observation de M. Jullien doit donc être rangée parmi ces *cas moyens* dans lesquels une péritonite partielle circonscrivant la lésion par des adhérences, peut devenir un agent de cure spontanée. Les phénomènes, s'il y en a eu au début, semblent s'apaiser, mais ce n'est souvent qu'une trompeuse apparence, car la mort peut

survenir, même tardivement, alors qu'on avait le droit d'espérer la guérison.

L'auteur conclut ainsi : « La tentative désespérée que j'ai dû faire séance tenante pour arracher cette malheureuse à la mort, était pleinement justifiée, et peut-être eût-elle été suivie de succès, si j'eusse été guidé à cette heure décisive par les renseignements circonstanciés que je connais aujourd'hui. » C'est la vérité. Malgré l'état déplorable où elle était au moment de l'intervention, la malade a survécu jusqu'au 7e jour. Il semble donc qu'elle aurait pu guérir si, au lavage du foyer purulent, M. Jullien avait ajouté une suture intestinale qui, dans le cas particulier, pouvait être assez simple. N'ayant pas l'idée du traumatisme et ne voyant pas de matières intestinales, il fit le strict nécessaire et abrégea l'opération en se bornant au lavage. En cela il agissait prudemment et nous ne saurions l'en blâmer ; tâchons seulement de nous rappeler la marche insidieuse de certaines blessures de l'intestin de l'avoir présente à l'esprit quand nous sommes mis en demeure d'intervenir et de chercher dans le ventre l'origine du foyer septique, et nous aurons tiré un utile profit des réflexions que nous a soumises M. Jullien, à qui je vous propose d'adresser nos remerciements.

Présentation de malades.

1° *Suture de la rotule.*

M. Delorme présente un malade auquel il a, pour une fracture directe à trois fragments, pratiqué une suture de la rotule. Au cours de l'opération, il a extrait de l'articulation un fragment complètement isolé, de deux centimètres carrés environ. Si ce malade avait été traité par les modes d'immobilisation ordinaire, il n'eût guéri qu'incomplètement, puisqu'il serait resté dans son article un corps étranger qui eût nécessité une arthrotomie ultérieure. L'arthrotomie immédiate a permis à la fois d'extraire ce corps étranger et d'assurer la guérison très régulière de la fracture. Le malade opéré depuis quatre mois, marche et court, et le genou a toute sa mobilité.

M. Championnière. J'ai eu plusieurs fois l'occasion d'enlever des fragments rotuliens soit isolés dans l'articulation, soit gênants pour la réparation. Le résultat a toujours été excellent.

2° *Résection du maxillaire supérieur pour un polype naso-pharyngien. Autoplastie immédiate de la voûte palatine. Résultat dix mois après l'opération.*

M. TUFFIER. Je vous présente un jeune homme de 19 ans à qui j'ai pratiqué, le 5 janvier 1894, une résection du maxillaire supérieur pour remédier à des accidents graves provoqués par un polype naso-pharyngien.

L'extirpation de la tumeur opérée suivant le procédé de Nélaton, mais en conservant la pertie postérieure du plancher orbitaire, j'ai fait la restauration immédiate de la voûte en taillant un lambeau de muqueuse qui comprenait *toute la muqueuse conservée du repli géno-gingival* et une partie de la muqueuse de la joue; le tout fut suturé sur la ligne médiane à la partie correspondante de la voûte palatine et au voile du palais en arrière.

Le résultat opératoire fut parfait. Au point de vue fonctionnel, ce malade n'a présenté et ne présente *aucun* trouble de la phonation. Les sons qu'il émet sont absolument nets et purs. Il boit, mange, dort, comme s'il n'avait subi aucune mutilation, et il exerce une profession où il est obligé de parler toute la journée. Au point de vue physique, il n'y a pas le moindre méplat de la joue, l'œil est bien en place et sans ectropion et il a conservé tous ses mouvements. Son acuité visuelle est parfaite. Quant à la cicatrice, vous constatez qu'elle est à peine visible.

Je crois qu'avec les moyens dont nous disposons actuellement, la résection du maxillaire supérieur, comme opération préliminaire, doit être modifiée dans son exécution. En conservant le plus possible de la fibro-muqueuse de la voûte du palais du côté opéré, on aurait un lambeau interne qui, suturé à un lambeau externe obtenu par décollement de la muqueuse géno-gingivale, donnerait une bonne voûte palatine immédiate.

Discussion.

M. BERGER. Cette restauration est réellement très belle. La face est régulière. Le malade parle bien. Il n'y a qu'une chose à regretter c'est que des restaurations pareilles ne soient possibles que pour les cas de polypes naso-pharyngiens.

M. QUÉNU. J'ai présenté il y a quelque temps à la Société de chirurgie un malade opéré d'un polype naso-pharyngien par la méthode de Manne-Nélaton, avec restauration immédiate du voile du palais. On m'a objecté la récidive. Celle-ci s'est montrée en effet,

et nous avons fait la résection du maxillaire supérieur en conservant le plancher de l'orbite. Cette précaution atténue singulièrement la déformation faciale si elle ne l'empêche pas complètement.

M. Delorme. Il me semble possible d'observer ultérieurement des déformations éloignées portant sur le maxillaire restant. Ce sont des malades qu'il faudrait revoir à une longue échéance.

M. Berger. On ne peut pas toujours conserver tout le plancher de l'orbite ; la partie externe du plancher suffit heureusement à maintenir l'œil qui sans cet appui tombe plus ou moins bas.

Je puis rassurer M. Delorme quant aux déformations consécutives. J'observe souvent deux malades opérés depuis plus de trois ans, l'un d'eux pour un épithélioma très étendu. Or il ne s'est produit chez eux aucune déviation éloignée. Cet accident me paraît donc des plus hypothétiques.

M. Delorme. C'est pourtant dans la crainte de ces déviations que beaucoup de chirurgiens ont pratiqué des prothèses précoces ou immédiates comme celle de Martin, de Lyon.

M. Kirmisson. Le fait de M. Quénu semble donner raison à l'opinion que j'avais soutenue, à savoir qu'il était d'une meilleure chirurgie de ne pas réunir immédiatement le voile du palais après l'ablation des fibromes, de façon à conserver une fenêtre ouverte sur le point d'implantation.

M. Quénu. Pourquoi une fenêtre lorsque derrière le voile se trouve une porte par laquelle le doigt peut toujours être introduit? Le rôle de l'œil est ici tout à fait inutile. Le doigt juge mieux et suffit à la tâche.

M. Kirmisson. J'ai le regret de n'être pas d'accord avec M. Quénu. Deux moyens d'investigation valent mieux qu'un et je pense que si chez son malade l'ouverture du voile était restée béante, on aurait découvert plus tôt la récidive. Enfin il y a des procédés excellents de cure lente dont on se prive par la reconstitution immédiate du voile du palais.

M. Quénu. Je tiens tous ces procédés de cure lente pour fort mauvais.

M. Championnière. Sans aller aussi loin que M. Kirmisson, c'est-à-dire sans rejeter la reconstitution immédiate du voile, je pense comme lui que la cure lente des polypes naso-pharyngiens a donné des résultats très satisfaisants. Enfin il me paraît certain que la persistance de l'ouverture palatine n'est pas indispensable à la surveillance d'une récidive possible.

M. Tuffier. Je n'ai pas voulu aborder cette question de la cure lente des polypes. J'ai présenté un malade opéré d'un seul coup et chez lequel le palais a été réparé. Vous pouvez constater qu'il va bien, qu'il parle, boit et mange comme tout le monde. Il est opéré depuis dix mois et ne présente aucune déviation secondaire. Sur la question de la récidive, je ne puis répondre que ceci : c'est un malade à surveiller. Si j'observais quelque chose d'anormal je fendrais le voile.

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,
Peyrot.

Séance du 28 novembre 1894.

Présidence de M. J.-L. Championnière.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° (a) *Note pour servir à l'étude de la greffe hétéroplastique (membrane coquillère de l'œuf) ;* — (b) *Les appareils à suture (les viroles de Demons, les pointes de Bonnier, les boutons de Murphy)*, par M. Ch. Amat, médecin-major (M. Delorme, rapporteur) ;

3° *Hémarthrose du genou ; symptomatique d'un corps étranger articulaire*, par M. Isambert, médecin-major (M. Felizet, rapporteur).

A propos du procès-verbal.

Sur le traitement des polypes naso-pharyngiens.

M. Nélaton. Si je m'étais trouvé ici à la séance dernière, je n'aurais pas manqué de rappeler à M. Quénu que j'avais prédit la réci-

dive chez son malade. C'est en prévision de cette récidive que j'avais critiqué la réfection immédiate du voile du palais. J'ai moi-même, dans une circonstance récente, tenu une conduite différente. Après l'ablation du polype, j'ai laissé béante la brèche palatine et j'ai pu, dès que la récidive s'est montrée, c'est-à-dire au bout de deux mois, la combattre efficacement par l'application du chlorure de zinc.

M. Quénu. Dans le traitement des tumeurs naso-pharyngiennes, il faut absolument distinguer les polypes proprement dits, et les tumeurs malignes ou sarcomes.

Ces dernières ne sont en aucune façon guéries ni améliorées par les différents procédés de cure lente et, en particulier, par le chlorure de zinc. Ces moyens recommandables peut-être ailleurs, ne font ici que donner un coup de fouet au développement de la tumeur. Il n'y a donc pas lieu de pratiquer une brèche qui permette d'appliquer le traitement lent, puisque celui-ci est détestable, toutes les fois que l'examen histologique aura démontré que l'on a affaire à un néoplasme malin. C'était le cas de mon malade. Il s'agissait chez lui d'un myxo-sarcome. Dans ces conditions, je tiens qu'il vaut mieux opérer largement, afin de détruire une fois pour toutes, s'il se peut, le mal dans sa racine. Chez les adultes, par exemple, où l'on n'a affaire qu'à des sarcomes, l'ablation du maxillaire est toujours indiquée. Mais, l'opération faite, il est parfaitement inutile de maintenir la brèche ouverte. Il est toujours facile de savoir, avec le doigt ou avec les miroirs pharyngoscopiques ce qui se passe dans les arrière-narines, et, si une récidive vient à se produire, on ne sera pas beaucoup plus embarrassé. Le traitement médiocrement efficace de cette récidive consistera encore dans une grande et unique intervention et non dans une série de petites opérations.

Pour les polypes naso-pharyngiens fibreux, les conditions sont différentes. Ici, la voie palatine est suffisante et excellente. J'ai présenté à la Société de chirurgie un malade opéré par cette voie et guéri depuis huit ans. Ce sont des fibromes angiomateux qui guérissent par les moyens les plus variés, quelquefois après plusieurs récidives. A ceux-là seuls conviendront les procédés de cure lente, la voie palatine, et si l'on veut la persistance de la brèche palatine, quoiqu'il soit bien commode de fermer celle-ci pour la rouvrir au premier besoin.

M. Nélaton. M. Quénu met en avant une question d'histologie ou de nature des tumeurs, qui ne me paraît pas ici bien à sa place. En face d'une de ces tumeurs que nous connaissons cliniquement sous le nom de polypes naso-pharyngiens, qui se développent chez

les jeunes garçons vers 16 ou 17 ans, qui repullulent sur place, mais n'infectent pas l'économie à la façon des sarcomes, et qui tendent à disparaître spontanément vers la vingt-cinquième année, je ne me demande pas si j'ai affaire à un fibrome, à un sarcome ou à un myxo-sarcome. J'interviens suivant les données que nous fournit l'expérience de nos devanciers. Par quelle voie? C'est le volume qui décide. Le polype est-il assez petit? par le palais. Le polype est-il volumineux? par la résection du maxillaire, et quelle que soit la voie choisie, la réparation est pour moi d'importance secondaire. Dans tous les cas, je laisse une large porte ouverte, car j'aime mieux voir la récidive à son début et la traiter immédiatement.

M. Kirmisson. Je demande à appuyer le raisonnement de M. Nélaton. J'ai pour l'histologie le plus grand respect. Mais nous fournit-elle sur les polypes naso-pharyngiens des données suffisamment sûres pour que nous puissions asseoir sur elle notre thérapeutique? Je ne le crois pas, et je me rappelle même que dans une circonstance récente, à propos d'une observation rapportée par M. Berger, nous avons entendu M. Quénu affirmer que les tumeurs fibreuses pouvaient évoluer comme des sarcomes.

Je suis encore d'accord avec M. Nélaton, et pas du tout avec M. Quénu sur le sens de cette expression : surveiller la récidive. Pour moi, il s'agit d'une surveillance active dans laquelle on ne se borne pas à regarder la récidive, mais on s'efforce au contraire de la traiter par tous les moyens appropriés de la cure lente. Il y a des tumeurs qui par leur étendue, leur marche rapide et sans aucun doute leur nature, exigent un traitement qui soit du premier coup radical. Mais beaucoup d'autres s'accommodent de la cure lente. Celle-là suffira notamment à merveille à arrêter la récidive à son début, et l'on évitera cette fâcheuse nécessité de faire la résection du maxillaire supérieur après avoir enlevé une première fois la tumeur par la voie palatine.

M. Quénu. Dans le traitement des polypes naso-pharyngiens, M. Nélaton se règle pour le choix de l'opération sur le volume des tumeurs. Je pense au contraire que c'est une question de nature. Tous les polypes naso-pharyngiens ne sont pas de la même espèce. Même chez les sujets âgés de 16 ou 17 ans, on trouve des tumeurs qui sont primitivement malignes ou qui, fibreuses au début, récidivent à l'état de sarcomes. J'ai toujours présent à l'esprit un jeune malade, opéré par M. Alph. Guérin, à qui je servais d'aide ; son polype fut enlevé par la voie palatine. Il récidiva et, malgré tous les moyens mis en usage à travers la brèche restée largement ouverte, le malade succomba à la repullulation d'un sarcome. On ne peut donc pas taquiner impunément toutes les tumeurs dont nous parlons.

M. Kirmisson ne saurait tirer un argument contre moi de l'incertitude des données histologiques. Que nous montre en effet l'histologie? Que certaines tumeurs, fibreuses au début, récidivent comme sarcomes. Je tiens compte de cette donnée. Mais il ne faut pas nier cette autre, que certains polypes sont sarcomateux dès leur début. D'ailleurs, je tiens aussi le plus grand compte des données cliniques et, en particulier, de l'évolution dans l'établissement du diagnostic.

Je suis étonné, pour le dire en passant, de voir M. Schwartz avancer que les tumeurs dont nous parlons sont relativement bénignes chez les adultes. C'est justement chez l'adulte que l'on rencontre les tumeurs malignes le plus communément.

Pour conclure, je répète donc que le diagnostic de la nature du polype doit préoccuper le chirurgien, et que, s'il arrive à conclure à l'existence d'un sarcome, il vaut mieux qu'il fasse tout de suite un sacrifice large, en vue de pratiquer une opération aussi complète que possible. Dans ce cas, le traitement des récidives ne donne que des résultats pitoyables et il est surtout inutile de se priver d'une restauration immédiate pour se ménager la possibilité d'une cure lente que je repousse absolument.

M. Tuffier. Je n'interviendrai pas dans ce débat, j'ai présenté mon malade uniquement pour montrer l'excellent résultat que peut fournir la restauration immédiate ; mais je ne voulais pas aborder le traitement des polypes naso-pharyngiens.

M. Schwartz. M. Quénu me prête cette opinion que je crois les tumeurs naso-pharyngiennes plus bénignes chez les adultes que chez les enfants ou les jeunes gens.

Il a mal interprété mes paroles. J'ai voulu rappeler simplement que les sarcomes marchaient moins vite chez les adultes ; je ne conteste pas que les adultes aient des tumeurs malignes aussi bien que les jeunes gens. Au contraire.

M. Championnière. Pour moi un certain nombre de points me semblent acquis : la reconstitution du voile du palais immédiatement après l'opération est tout à fait séduisante. La surveillance de la récidive me semble tout à fait compatible avec cette reconstitution et, s'il est nécessaire d'intervenir à nouveau, rien n'est plus facile que de fendre le voile réparé une première fois.

Le choix de la méthode ne me paraît pas en rapport avec le volume de la tumeur. Des polypes même énormes sont parfaitement justiciables des méthodes lentes, en particulier de l'emploi du chlorure de zinc.

Enfin, comme M. Kirmisson, je pense que l'histologie ne nous a

jamais fourni de données bien utiles, à part ces quelques cas graves de sarcomes, reconnus sarcomes dès le début, dont nous a parlé M. Quénu. Mais ces tumeurs sont très rares et méritent d'être mises à part.

Communications.

1° *Tétanos céphalique à la suite de plaie d'un doigt. Amputation dix-huit heures après l'apparition du trismus. Mort.*

Par M. Larger.

Le 14 septembre 1893, je reçois à ma consultation le nommé M..., cantonnier à Sartrouville, âgé de 60 ans. Il me raconte qu'en grattant la terre, dans un fossé de route, il y a quelques jours, une écharde de bois s'était introduite sous l'ongle de l'annulaire gauche. Cette écharde avait été retirée de suite par lui, mais depuis lors un petit phlegmon du derme sous-unguéal s'est déclaré. Je trouve en effet l'épiderme soulevé à ce niveau par un liquide purulent auquel je donne issue par le bistouri. *Je ne pratique aucun nettoyage moi-même*, me bornant à prescrire des bains et pansements à la liqueur Van Swieten acidulée par HCl, et le malade est perdu de vue.

Le 19 septembre à une heure après-midi, je suis appelé d'urgence auprès de lui. On m'apprend que la veille, à 7 heures du soir, au moment de se mettre à table, M... a éprouvé une sensation de stricture dans la mâchoire, en même temps qu'il s'est plaint de douleur au cœur. Néanmoins il a pu manger.

La nuit n'a pas été trop mauvaise, mais au matin, M..., qui est d'ailleurs un ivrogne invétéré, n'a pu avaler sa goutte! A partir de 10 heures, le trismus s'est compliqué de crises dans la tête et dans le cou.

Je trouve le malade en opisthotonos, avec trismus persistant. Impossibilité d'avaler même les liquides : en approchant un verre de ses lèvres, on provoque un véritable accès d'hydrophobie.

Les crises se répètent à tous moments, avec douleur cardiaque, face vultueuse et, ce qui frappe de suite, avec asymétrie faciale. En effet, le rire sardonique est très accentué à gauche, avec relèvement de la commissure labiale, exagération des rides de la patte d'oie, œil demi-clos par la contracture de l'orbiculaire. A droite, au contraire, flaccidité complète, effacement du sillon naso-jugal, commissure labiale abaissée, fente palpébrale normale. Les mouvements des yeux restent normaux de part et d'autre. Tous les muscles du cou et de la nuque sont tétanisés. Le tronc et les membres sont à peu près hors de cause.

Séance tenante, je propose la désarticulation du doigt. Elle est acceptée, et je la pratique incontinent dans l'article de la phalange et de la phalangine, à l'aide de mon bistouri de poche. Lavements de chloral.

Le soir, pas de changement notable.

Le 20 septembre, il y a du mieux : les crises ont été moins pénibles et moins fréquentes, mais le trismus persiste avec le spasme de la gorge ; il en est de même de l'asymétrie faciale. Impossible de faire avaler quoi que ce soit au malade. Continuation de lavements au chloral.

Le 21 septembre, aggravation dans la nuit. A 8 heures du matin, au moment où je pénètre dans sa chambre, le malade est en pleine crise : d'abord congestionnée et vultueuse, la face pâlit subitement, le cœur cesse de battre ainsi que je le constate par l'auscultation. Tout spasme disparaît. Je puis saisir la langue avec une pince ; mais malgré tous les efforts (fustigation, marteau de Mayor, etc.) le malade ne peut être rappelé à la vie.

Le doigt amputé a été remis au laboratoire du professeur Straus. Le chef du laboratoire, M. Würtz, a complètement échoué dans plusieurs tentatives d'inoculations à des cobayes. C'est à peine s'il a pu déceler au microscope la présence d'un seul bacille rappelant celui de Nicolaier, encore ne peut-il être affirmatif sur ce point.

En somme le résultat de l'examen est négatif.

Cette observation, en apparence, paradoxale, est, il faut en convenir, quelque peu déconcertante et même... décourageante, en réalité !

Il est bien démontré en effet, que le bacille du tétanos reste confiné dans la plaie, et qu'il n'infecte l'économie que par la production des toxines entraînées dans la circulation.

De cette donnée expérimentale découlait tout naturellement le précepte pratique — surtout depuis les succès douteux de la sérumthérapie — de supprimer le plus possible le foyer infectant.

Et cependant, dans le cas ci-dessus relaté, malgré la désinfection du foyer, autant qu'il est possible de le faire, puisque l'inoculation de ses produits est restée négative, malgré cette désinfection opérée bien avant qu'il ne fût question de tétanos, celui-ci n'en éclate pas moins quelques jours après !

Malgré l'amputation pratiquée dans un temps très rapproché de l'apparition du trismus (18 heures), — c'est même le délai le plus court que l'on puisse noter dans les observations publiées jusqu'aujourd'hui, — malgré cela, dis-je, les accidents continuent, et la mort rapide s'ensuit, comme par une fatalité inéluctable !

Et cependant, en y regardant de plus près, les faits s'expliquent le plus simplement du monde !

Lorsque cet homme est venu me trouver, il y avait plusieurs jours déjà que l'écharde avait pénétré sous l'ongle. Le bacille du tétanos avait pullulé à son aise dans un tissu éminemment favorable ; les lymphatiques extrêmement abondants de la région avaient absorbé rapidement les toxines, lesquelles se sont sans

doute accumulées en abondance dans le cerveau, comme c'est la règle en toxicologie. J'ai, il est vrai, incisé et désinfecté le foyer au point de le rendre stérile, et cela bien avant toute manifestation de tétanos ; mais le mal était fait et l'empoisonnement, irrémédiable : le tétanos existait déjà *en puissance*. Aussi a-t-il suivi sa marche fatale : en effet l'incubation a été d'une durée habituelle d'environ un septenaire.

L'amputation pratiquée aussitôt après l'apparition du trismus, a été ici doublement inutile : d'abord en raison de la stérilisation préalable de foyer de la plaie, et encore à cause de l'intensité de l'intoxication.

Cet insuccès, malheureusement très fréquent, et qui après tout ne s'explique que trop, s'il diminue singulièrement notre enthousiasme pour l'amputation, ne doit pas cependant nous décourager absolument pour l'avenir, et nous faire renoncer à la seule chance de guérison, — ou à peu près, quant à présent du moins — que possède un sujet atteint de tétanos manifeste, à savoir : la suppression aussi rapide que possible du foyer infectant.

Si le fait que je rapporte démontre que la désinfection complète d'un foyer tétanigène est plus facilement réalisable qu'on ne le croyait jusqu'à présent, il n'en reste pas moins que l'amputation, surtout lorsqu'il s'agit d'un doigt, donne une sécurité plus parfaite.

Par contre, si le sacrifice doit être plus considérable, si l'existence d'un membre plus ou moins entier était en jeu, j'avoue que pour ma part, je me déciderais bien moins facilement, à l'avenir, que je ne l'eusse fait dans le passé. Je me contenterais d'un bon curetage, ou mieux, d'une cautérisation au fer rouge.

Pour toutes ces raisons, et sous ces modestes réserves, je crois qu'il est difficile désormais que nous nous fassions de grandes illusions sur l'efficacité des traitements actuels du tétanos, étant donné surtout les succès, problématiques jusqu'à ce jour, de la sérumthérapie.

Cette dernière pourra sans doute donner des résultats si elle est employée préventivement, c'est-à-dire dès le premier pansement de la plaie ; mais les indications d'y avoir recours feront défaut la plupart du temps !

Un autre enseignement qu'on peut tirer de l'observation est le suivant :

Le tétanos sous la forme — ou les formes, car on a établi des sous-divisions — sous la forme dite *céphalique*, ou *hémiplégique*, ou *paralytique*, ou *pharyngée*, ou *hydrophobique*, ou *bulbaire*, n'a pas nécessairement pour origine une blessure du territoire des nerfs craniens, puisque dans le cas présent, il n'existait, je m'en

suis assuré, non seulement aucune blessure de la tête ou du cou, mais même aucun bouton, aucune solution de continuité par où l'inoculation eut pu se faire directement ou indirectement.

Par là se trouve confirmée l'opinion de M. le professeur Verneuil, opinion que vous lui avez entendu soutenir devant vous (*Bull.* 1888, t. XIV, p. 696) et qui est en contradiction avec celle de la plupart des chirurgiens.

Ayant eu le regret de me séparer de mon vénéré maître et ami dans l'importante question de l'étiologie du tetanos, il m'est particulièrement agréable de me trouver d'accord avec lui sur ce point et s'il est vrai que je n'hésite jamais à préférer la vérité à Aristote, je suis d'autant plus heureux lorsqu'il m'est donné de confondre l'une et l'autre dans la même affection.

2° *Hémato-néphrose intermittente par épithélioma du hile du rein et du bassinet.*

Par M. TUFFIER.

Les phénomènes de rétention rénale intermittente de l'urine sont connus sous le nom d'hydronéphrose intermittente ; et si leur histoire n'est pas encore élucidée elle a été l'objet de nombreux travaux. Au contraire, la rétention de sang dans l'intérieur du bassinet et du rein, constitue un accident très rare et dont je n'ai pas rencontré d'exemple dans l'histoire de la chirurgie rénale.

Chez le malade que j'ai étudié, les faits climiques méritent bien le nom d'*hématonéphrose intermittente*, car ils étaient constitués par le double syndrome suivant :

1° Rétention du sang dans le rein, douleur rénale, augmentation considérable de volume de la glande ;

2° A cet accident faisait suite une hématurie plus ou moins abondante avec diminution de volume du rein et indolence de l'organe. J'ai dû opérer ce malade et j'ai trouvé un rein distendu ayant le volume d'une tête de fœtus et dont le bassinet et les calices étaient remplis de sang liquide.

Voici l'histoire de ce malade.

Pr... (Jacques), jardinier, 65 ans, entré le 1er juillet, pavillon Dolbeau, n° 3, hôpital Beaujon. C'est un homme maigre, assez vigoureux, qui nous est adressé pour une hématurie persistante.

Ayant toujours eu une santé parfaite, il fut pris très brusquement, sans cause appréciable et sans aucun phénomène prémonitoire, d'une hématurie, il y a trois mois. C'est par hasard, le matin, qu'il s'aperçut que son urine était colorée en rouge et déposait des caillots noirs. Ce

accident persista sans interruption complète, mais avec une intensité variable, depuis cette époque. Il n'y eut aucun autre trouble physique ou fonctionnel du côté des voies urinaires. Il y a un mois seulement, il commença à ressentir, dans la région du flanc droit, quelques douleurs, sorte d'endolorissement, avec pesanteur de ce côté. Les allures des douleurs et de l'hématurie furent assez remarquables. C'est pendant la nuit, alors que l'hématurie était le moins abondante, que le malade souffrait le plus. Dans la matinée, quand l'urine était beaucoup plus foncée, les douleurs disparaissaient. De même, le malade ayant à deux reprises essayé de remédier à ces accidents, par le simple repos au lit, le sang disparut presque des urines pendant toute la période de repos, pour reparaître avec la même abondance dès qu'il reprenait son travail. Nous avons pu par nous-mêmes constater ces phénomènes. Nous avons maintenu le malade, à son entrée à l'hôpital, pendant trois jours au lit, et nous avons vu les urines devenir simplement rosées; mais l'examen micrographique y a toujours révélé la présence de globules sanguins. En même temps, les douleurs devenaient plus vives. Depuis le début de ces accidents, cet homme a notablement maigri, perdu ses forces ; c'est ce qui l'a engagé à entrer à l'hôpital.

L'urine alors examinée est en quantité normale (1,600 gr. dans les vingt-quatre heures), sa coloration est rouge foncé, elle dépose un caillot noirâtre au fond du bocal; par décantation, on voit que ces caillots sont formés par dépôt, après l'émission de l'urine, il n'existe aucun long filament qui rappelle les coagulations moulées dans l'uretère, et d'ailleurs le malade n'aurait jamais rendu aucun caillot de ce genre. L'examen de la prostate et de la vessie est négatif. On trouve dans la région lombaire droite une tuméfaction volumineuse, très nettement appréciable par la palpation abdominale, et plus nette encore par le palper bimanuel. Elle descend jusqu'à mi-chemin entre la crête iliaque et l'ombilic; en haut, elle se perd sous les fausses côtes. Elle remplit tout l'hypocondre et affleure en dedans à une ligne située à 3 centimètres de la ligne médiane. Ses contours sont bien arrondis. Elle est ferme, résistante, lisse, sans bosselures, indolente à la pression, peu mobile, aussi bien transversalement que dans le sens antéro-postérieur. Elle est nettement au contact de la région lombaire. La percussion fait constater de la sonorité dans sa partie inférieure. En avant, une bande de sonorité la sépare de la matité hépatique.

Le reste de l'abdomen ne présente aucune induration et tout le reste du corps, très minutieusement examiné, ne présente aucun stigmate de néoplasie ganglionnaire. Le système artériel est même d'une intégrité remarquable, étant donnés l'âge et l'aspect du malade.

Dans ces conditions, j'ai pensé que le diagnostic devait être circonscrit entre un calcul du rein et un néoplasme. J'éliminai l'hypothèse d'un calcul, en me basant sur les allures de la douleur, l'absence de tout antécédent lithiasique et la persistance de l'hématurie. Toutefois, l'examen clinique nous montrant que le repos diminuait l'abondance de l'hémorragie, nous aurions pu garder un doute à cet égard, si nous ne savions que cette influence du repos et du mouvement, si nette en

général dans les calculs de la vessie, est beaucoup moins caractéristique dans les lésions rénales et si, d'autre part, nous n'avions constaté directement un phénomène remarquable : pendant que le malade était en observation, nous constatâmes que son hématurie diminuait, mais sa tumeur augmentait de volume, absolument comme s'il y avait une rétention du sang dans le rein. De plus, l'indolence était complète dans les efforts et dans la marche et, par la percussion de la tumeur, on n'amenait aucun phénomène douloureux. Je portai donc le diagnostic néoplasme du rein et j'attribuai sa fixation complète dans la région lombaire probablement à une sclérose péri-rénale.

En tous cas, les accidents étaient tels et les lésions si nettement localisées que je crus devoir recourir à une intervention.

Le 5 juillet, je pratique la néphrectomie par la voie lombaire. Le rein étant très peu mobile et très haut placé, je fais une incision très oblique, parallèle à la douzième côte, et à un travers de doigt au-dessous. Cette incision, partant de la onzième côte, arrive jusqu'à 3 travers de doigt en dehors du muscle grand droit. Les différents plans musculaires incisés, je trouve une capsule graisseuse, légèrement sclérosée, mais *très vasculaire*, comme je l'ai signalé dans les cas de néoplasme du rein. Je ne saurais mieux comparer son aspect qu'à celui d'un épiploon congestionné et sillonné de grosses veines. Je décortique facilement toute la face libre de la glande, jusqu'au niveau du hile. Là, je sens, du côté du rein, une induration irrégulière, dont la consistance me rappelle celle d'une tumeur. En haut, le rein remonté derrière les fausses côtes, il est doublé de volume. Après l'avoir isolé et avoir largement écarté mon champ opératoire, je constate que la glande est violacée, amincie, nettement fluctuante, surtout de son tiers moyen. Cette fluctuation était tellement évidente que je puis apprécier la très faible épaisseur de l'écorce rénale qui me sépare de la collection liquide. Avant de passer outre, je résolus d'ouvrir cette cavité, ne voulant pas m'exposer à sacrifier d'emblée un rein qui eût pu être conservé.

J'incise l'organe sur le bord convexe et aussitôt une énorme quantité de sang noir, mélangé de quelques petits caillots, fit irruption dans le champ opératoire avec une abondance telle que je crus à la blessure d'une énorme veine et que je pinçais de suite entre mes doigts le pédicule vasculaire du rein, mais cet écoulement s'arrêta spontanément.

Je diminue progressivement la pression que j'exerçais sur le pédicule vasculaire et je constate qu'il ne s'écoule plus de sang, l'hémorragie était donc bien due à la seule ouverture de la poche, et c'était son contenu sanguin qui avait fait irruption au moment où je l'incisais.

Le rein revient sur lui-même prenant l'aspect d'une poche peu tendue. J'introduis le doigt à travers mon incision et j'explore sa cavité et je trouve une surface analogue à celle d'une hydronéphrose, surface sillonnée de colonnes, suivant la forme et la distribution des calices. Je sens ainsi au niveau du bassinet une infiltration dure, néoplastique, irrégulière, du volume d'une noix, et je m'assure que non seulement le bassinet, mais toute la région voisine du rein est envahie.

Dans ces conditions, l'ablation de la glande et du néoplasme était le

seul parti à prendre puisque la lésion siégeait au niveau du hile. Pour ce faire, j'aurais certainement recouru au morcellement qui, étant donnés le peu d'épaisseur et la sclérose de la poche rénale, eût été indiquée, si la facilité relative sur laquelle je comptais pour extirper d'un seul coup la tumeur et si le désir de posséder la pièce complète ne m'eût engagé à l'extirper d'un seul tenant. Je libère complètement les deux extrémités de la glande. Je dégage bien exactement tout le hile, j'applique une première pince sur l'urétère que je sectionne assez bas. Au niveau du hile vasculaire, je tombe sur une masse de tissu cellulaire absolument scléreuse et dure qui ne me paraissait pas contenir de ganglions; j'applique deux nouvelles pinces sur les vaisseaux et j'enlève le tout.

Cette masse scléreuse m'engage à laisser les pinces à demeure, contrairement à mon habitude en cas de néoplasme. Je crois que les vaisseaux du hile doivent être plus ou moins étranglés dans cette gangue, que peut-être leur paroi sclérosée est friable, si bien que la constriction d'un fil de soie serait susceptible de couper les vaisseaux.

Fermeture de la plaie en étage, pansement iodoformé et ouaté, enlèvement des pinces au bout de quarante-huit heures sans aucun incident. Aucune suite opératoire.

Les quantités d'urine émises ont été de :

Le 1er jour	400gr
Le 2e —	600
Le 3e —	1100
Le 4e —	1000
Le 5e —	1000
Le 6e —	1000

Elles ne contiennent ni sang, ni éléments anormaux.

Le rein enlevé présente un volume double de celui du rein normal, sa surface est lobulée, le hile est déformé par une tumeur qui pénètre dans le bassinet, les calices sont très distendus mais d'aspect lisse et normal, comme dans les hydronéphroses, le parenchyme rénal est réduit à une coque de quelques millimètres au niveau de la partie moyenne du bord convexe,

La région du hile est envahie par une tumeur dure ayant le volume d'une grosse noix, elle occupe exactement la région rénale du hile et le bassinet.

Le sang contenu dans la poche rénale recueilli avant son ouverture et examiné au laboratoire de l'hôpital par M. le Dr Papillon, chef du laboratoire, et par M. Lévi, interne du service, a été reconnu après examen et ensemencements sus-pubiens appropriés, complètement stérile.

L'examen histologique pratiqué par M. Lévi, interne du service, sous la direction de M. le Dr Papillon, chef du laboratoire de l'hôpital, a porté sur les différents fragments du rein. *Au niveau de la tumeur*, la structure du rein est très modifiée par la présence de boyaux épithéliaux d'épithélioma tubulé. On voit de ces traînées épithéliales au milieu du tissu conjonctif. En certains points on peut voir l'envahissement du

glomérule se faire par le tube urinifère qui en part. Un certain nombre de branches artérielles sont envahies et leur cavité est rétrécie. A un fort grossissement on constate que les cellules sont cylindriques. Quelques-unes sont des cellules en raquette typiques. Au milieu d'elles, il y en a qui semblent dégénérer.

Coupe au niveau du hile au voisinage de la tumeur. — A ce niveau il y a des vaisseaux dilatés atteints d'endartérite. Le tissu conjonctif intestinal est très développé; il y a hypertrophie des colonnes musculaires du bassinet et du tissu élastique. A ce niveau on commence à voir apparaître les productions épithéliales.

Les suites opératoires furent particulièrement simples, et le 15e jour le malade était guéri.

Le 17 août, c'est-à-dire six semaines après sa guérison opératoire, il fut pris de malaise avec perte d'appétit et un peu de dyspnée et il succomba le 23 avec tous les signes d'une bronchopneumonie.

Autopsie le 24 août. — Du côté du rein enlevé (rein droit), on trouve une masse extrêmement dure, fibreuse, très adhérente à la fosse iliaque et au muscle psoas iliaque dont on enlève des fibres en essayant de la disséquer. L'uretère droit se perd dans ce tissu et on ne peut en retrouver le trajet qu'en le disséquant à partir de la vessie, où il est normal. En haut il est complètement englobé dans cette masse fibreuse. Ce tissu paraît fibreux et inflammatoire.

Le *rein gauche* n'a pas de néoplasme. Il est assez difficile à décortiquer, de volume normal assez fortement congestionné, mais sans autre lésion.

La *vessie* est normale, ainsi que l'uretère gauche et l'uretère droit dans sa partie vésicale.

Le *foie*, assez volumineux, a un lobe gauche plus gros que normalement. A la surface convexe, on voit des noyaux blanchâtres, de cancer secondaire, de grosseur variable d'une lentille à une noisette. Il y en a une dizaine.

L'examen histologique de ces noyaux montre de l'épithéliome secondaire (alvéoles avec grandes cellules cylindriques, on trouve des cellules néoplastiques dans les espaces portes; congestion capillaire entre les travées hépatiques, et cellules néoplastiques entre ces travées).

La *rate* est normale.

Les *poumons* sont adhérents, on trouve des granulations tuberculeuses un peu caséeuses, sans cavernes au sommet droit. La base est congestionnée. Un peu de dilatation bronchique.

Cœur, léger athérome valvulaire.

Je laisse de côté dans cette observation la partie anatomo-pathologique pour ne retenir que son enseignement clinique. J'ai étudié les hématonéphroses traumatiques, mais je ne connais pas d'observations ayant trait à un épanchement sanguin avec distension du bassinet. Ce fait constitue un très rare exemple de tumeur du hile du rein avec hémorragie se faisant du côté du bassinet et

des calices, c'est-à-dire avec rétention uro-hématique. Cette anomalie est due au siège du néoplasme qui obstruait l'entrée de l'uretère. Cette obstruction devait être ancienne et il est très probable qu'elle a d'abord provoqué une rétention incomplète de l'urine aseptique dans le rein, véritable hydronéphrose, et ce mécanisme peut seul expliquer la distension énorme du rein, ces distensions exigeant pour se produire une obstruction incomplète de l'uretère. Ultérieurement cette uronéphrose s'est transformée en hématonéphrose par hémorragies du néoplasme dans la cavité rénale préformée.

L'intermittence des hématuries est fréquente dans le néoplasme du rein et on s'accorde en général pour le considérer comme le résultat de phénomènes congestifs variables et capricieux. Ici, au contraire l'écoulement sanguin était continu, *son émission seule était intermittente* et le mécanisme de cette intermittence était le suivant : hémorragie dans le bassinet, distension progressive de cette cavité, des calices et du rein, amenant une pression intrarénale suffisante pour vaincre l'obstacle formé par la tumeur. Il semble également que, dans la station debout, l'écoulement du rein se faisait plus facilement que dans le décubitus dorsal. Ce mécanisme de l'intermittence de l'hémorragie due à la variation dans la tension intrarénale, rappelle l'un des mécanismes de l'intermittence de l'hydronéphrose que j'ai étudiée devant vous. D'ailleurs le liquide contenu dans le rein était un mélange d'urine et de sang.

Quel que soit ce mécanisme, le fait d'une urohématonéphrose par tumeur rénale n'en reste pas moins acquis et je crois que dans tous les cas où on trouvera un épanchement de sang dans l'intérieur des cavités rénales distendues on pourra penser à une tumeur du hile et on devra agir en conséquence sous peine d'enlever le rein en laissant le néoplasme.

Quand un malade présentera tous les signes d'une *hématonéphrose intermittente* sans élimination de fragments de caillots longs et arrondis, véritables moules de l'uretère et sans symptômes de lithiase urinaire, on devra penser à un néoplasme siégeant au voisinage du bassinet dans sa cavité.

Ce sont ces deux conclusions pratiques qui m'ont engagé à vous communiquer cette observation.

Lecture.

Hernie inguinale congénitale, en bissac, étranglée. Fausse réduction ; persistance d'un pincement latéral ; kélotomie ; cure radicale, par M. Ferraton.

Présentation de malades.

Deux malades opérés d'une hernie crurale par la voie inguinale, par M. Tuffier.

Présentation de pièces.

Hydronéphrose bilatérale, par M. Reclus.

Discussion.

M. Tuffier. La poche était-elle infectée?

M. Reclus. Elle avait subi des ponctions répétées et se trouvait sans doute infectée de ce chef; cependant les urines n'étaient point très purulentes.

Élections.

M. Terrier est nommé *membre honoraire* à l'unanimité de 27 votants.

Nomination de commissions.

1° *Vote pour la commission chargée de dresser une liste de proposition des correspondants nationaux.*

Élus : MM. Routier, Marc Sée, Delorme, Marchand.

2° *Vote pour la commission chargée de dresser une liste de proposition des correspondants étrangers.*

Elus : MM. Picqué, Pozzi, Kirmisson, Bazy.

3° *Vote pour la nomination de la commission du prix Duval.*

Elus : MM. Richelot, Segond, Tillaux, Polaillon, Prengrueber.

4° *Vote pour la nomination de la commission du prix Laborie.*

Elus : MM. Bouilly, Chaput, Michaux, Gérard-Marchand, Reclus.

La séance est levée à 5 heures 20 minutes.

Le Secrétaire annuel,

Peyrot.

Séance du 5 décembre 1894.

Présidence de M. J.-L. CHAMPIONNIÈRE.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et pablications périodiques de la semaine ;

2° Lettres de M. THÉOPHILE ANGER et de M. DELENS demandant un congé pour la durée du concours de l'internat ;

3° Lettres de MM. AUDAIN (de Port-au-Prince), CAHIER, médecin-major, et MIGNON, professeur agrégé au Val-de-Grâce, demandant à être inscrits sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national ;

4° *Chute du rectum. Coccyrectopexie par le procédé de M. Gérard-Marchant*, par M. CHUPIN, médecin-major (M. Gérard-Marchant, rapporteur).

A propos du procès-verbal.

Sur un cas d'hydronéphrose bilatérale.

M. RECLUS. Je vous ai montré, à la fin de la dernière séance, les reins d'un individu atteint d'*hydronéphrose bilatérale.* Je désire revenir sur cette observation fort intéressante, bien qu'elle ne me paraisse pas beaucoup éclairer la pathogénie des hydronéphroses, si obscure encore, malgré les recherches contemporaines et le remarquable mémoire de Terrier et Marcel Baudouin.

Il s'agit d'un cordonnier de 32 ans, entré dans notre service de la Pitié pour une volumineuse tumeur du ventre : l'abdomen est très distendu par une masse énorme, divisée en deux saillies secondaires ; l'une, supérieure, qui refoule le diaphragme à gauche et occupe l'épigastre, l'hypôchondre, le flanc et la fosse iliaque du même côté ; l'autre, inférieure, se trouve à droite dans la fosse iliaque et le flanc ; entre les

deux, s'étend, à peu près sur la ligne médiane, une zone sonore des plus nettes. Ces saillies sont fluctuantes et la pression se transmet avec la plus grande facilité de la poche gauche à la poche droite ; évidemment, elles ne font qu'une seule et même cavité. Que pouvait être cette tumeur liquide ? Le mot de kyste de la rate, du rein ou du mésentère fut prononcé, mais nous étions encore sans diagnostic précis.

Le récit du malade vint nous éclairer. C'est en 1885 qu'il fait remonter les premières atteintes du mal ; pendant son service militaire, il commence à éprouver une certaine gêne toutes les fois qu'il se baisse, puis apparaissent des douleurs lombaires, et c'est alors que se dessinaient, au point où nous les retrouvons, neuf ans plus tard, les deux saillies que nous avons décrites ; le major du régiment pratique dans l'une d'elles une ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz et en retire un liquide semblable à de la bière brune. On y plonge alors un trocart plus volumineux, et plus de 7 litres s'en écoulent ; l'abdomen tout entier s'affaisse, preuve indiscutable que les deux poches communiquaient entre elles. Mais déjà on reconnaît un signe nouveau : c'est que, par instants, les urines sont plus abondantes et rappellent de tous points le liquide évacué par la ponction et, aux époques où cet écoulement par l'urèthre a lieu, les saillies de l'abdomen sont moins appréciables.

Il est difficile de dire ce qui se passa de 1885 à 1888 ; le ventre, après cette première ponction, était beaucoup moins volumineux ; la douleur avait disparu et notre cordonnier se serait cru guéri, n'étaient les émissions d'urines colorées qui apparaissaient de temps en temps ; l'amélioration était telle qu'il crut pouvoir se marier. Mais, à cette époque, au bout de ces trois ans de répit, les tumeurs commencent à se dessiner de nouveau ; elles augmentent même à tel point que le médecin pratique une deuxième ponction qui donne issue à 10 litres de liquide très coloré. A partir de ce moment, — le malade est très affirmatif sur ce point, — il ne constata jamais plus ces sortes de crises caractérisées par l'émission d'urines plus abondantes et de couleur brune ; son hydronéphrose ouverte jusqu'alors, ou du moins intermittente, se ferme donc définitivement à la fin de 1888.

A partir de cette époque, la tumeur s'accroît constamment et les ponctions doivent être répétées, d'abord tous les sept ou huit mois, et, en dernier lieu, tous les deux mois. La dernière, celle qui précéda l'entrée du malade à l'hôpital, donna jusqu'à 18 litres d'un liquide dont la coloration, du reste, avait changé depuis que l'hydronéphrose était fermée ; au lieu d'être brune et de laisser au repos un dépôt d'hématies, elle était trouble, de teinte savonneuse et contenait une très grande quantité de leucocytes. Il faut dire qu'une des ponctions, en 1890, avait dû être septique et la poche avait été infectée ; le malade, en proie à des accidents péritonitiques aigus, avait dû garder le lit. La persistance de cette tumeur, s'accroissant d'une manière continue, effrayait fort le malade qui vint à Paris demander une opération radicale et, après examen, je la pratiquai le 28 avril 1894.

Je ne pouvais songer, pour une aussi volumineuse tumeur, à la néphrectomie lombaire et c'est à la néphrectomie transpéritonéale que

j'eus recours. Cette voie avait, de plus, l'avantage de me permettre l'exploration directe du rein droit dont l'examen, par la palpation, était resté jusqu'alors complètement négatif. Mais, le ventre une fois ouvert, je m'aperçus que les difficultés, pour aborder l'organe à droite, demeuraient aussi grandes ; le rein était recouvert par le diverticule du kyste qui remontait dans le flanc droit. Je ne m'y attardai pas plus longtemps ; j'incisai le péritoine soulevé qui recouvrait la tumeur ; je le décollai sur une assez grande étendue, de manière à créer une sorte d'infundibulum dont la paroi protégeait la cavité abdominale et l'on peut dire que, à partir de ce moment, l'opération devint extrapéritonéale. Je plongeai alors le trocart à kyste de l'ovaire dans la poche, et j'en retirai 15 litres d'un liquide savonneux et louche.

La dissection de la poche fut, en définitive, assez facile ; je liai le pédicule, et la tumeur flasque resta dans notre main ; je comblai avec des compresses aseptisées cette énorme cavité, isolée du péritoine par la suture en collerette des deux péritoines pariétaux, à la manière de Terrier. L'opéré, très affaibli, fut rapporté dans son lit ; le soir, la température était à 36°,5 et le pouls à 100 ; il y eut 200 grammes d'urine ; le lendemain, thermomètre à 37°, pouls à 120, urine 1 litre ; le 30, le malade paraît très remonté et nous avons espoir de le sauver ; mais, le 1er mai, si la température est à 37°, le pouls monte à 140 et il survient de la diarrhée ; le lendemain, la température descend à 36°, il n'y a plus que 500 grammes d'urine pour les vingt-quatre heures. La nuit est très agitée ; pas de miction spontanée, bien qu'à l'autopsie on devait trouver 250 grammes d'urine dans la vessie, et le 3, à six heures du matin, notre opéré était mort.

Je ne vous décrirai pas le rein extirpé. il était transformé en une immense poche irrégulière, sorte de bissac fortement rétréci à la partie moyenne, au niveau de l'insertion du hile ; à ce point, la paroi semblait plus épaisse et l'on trouvait une plaque où l'on reconnaissait vaguement la structure de la substance corticale. Je dirai simplement que le bassinet n'a subi qu'une ampliation modérée ; il se continue par un uretère dont le calibre nous semble normal ; tout au plus l'organe est-il repoussé et aplati contre le péritoine par la poche de l'hydronéphrose, mais, en aucun point, on ne trouve un obstacle quelconque à la progression de l'urine, pas de coudure brusque, pas même de changement de direction, pas de brides, pas de valvules, pas de rétrécissements, et un stylet introduit par l'orifice vésical le parcourt dans toute son étendue et arrive jusque dans le bassinet sans se heurter à la moindre barrière au libre écoulement de l'urine.

Le rein droit fut recueilli à l'autopsie ; il est plus volumineux qu'à l'état normal, à peine bosselé et creusé par un commencement de cavité qui refoule le calice et distend la substance corticale. Cette hydronéphrose commençante rappelle en petit les lésions du côté opposé par l'existence de deux dilatations communiquant au niveau du hile par un point rétréci. L'augmentation de volume du bassinet est peu considérable, mais il existe des lésions très remarquables de l'uretère. Il est tordu et présente un demi-tour de spire, maintenue par une bride

Paris. — Imp. Paul Dupont, 4, rue du Bouloi (Cl.) 50.1.95. *Le gérant :* G. Masson.

fibreuse, lamelle mince et brillante, qui prend naissance à 4 ou 5 centimètres au-dessous du bassinet; elle descend vers l'uretère dilaté et fusiforme dans cette partie de son trajet; elle est appliquée sur sa face antérieure, puis au niveau du point où l'uretère reprend son calibre normal, elle fait deux tours de spire et se termine à 5 centimètres au-dessus de la vessie en s'épanouissant autour de l'uretère et en confondant ses fibres avec celles des parois. Cependant, malgré cet enroulement et ces tours de spire, l'uretère est resté perméable de son origine dans le bassinet à sa terminaison dans la vessie.

Telle est cette observation sur laquelle nous devons faire quelques brèves remarques. J'ai déjà parlé du volume de la tumeur; c'est une des hydronéphroses certainement les plus grosses qui aient été signalées, puisque la poche, à un moment donné, contenait plus de 18 litres de liquide. Je laisserai de côté l'analyse de ce liquide troublé par des leucocytes et précipitant, sous les réactifs, une très grande quantité d'albumine. Ce ne sont pas là les caractères habituels du contenu des hydronéphroses; mais nous n'oublions pas que la cavité avait dû être infectée lors d'une des multiples ponctions, et ces substances étaient le résultat des accidents inflammatoires.

La marche de la maladie me paraît singulière : l'hydronéphrose semble avoir été fermée tout d'abord; le ventre grossissait peu à peu et aucun symptôme autre que la gêne de certains mouvements, une vague douleur lombaire, l'apparition de deux saillies dans les flancs, ne vint déceler la suppression de l'excrétion de l'urine dans un des deux reins; on pratique une première ponction; à partir de ce moment, l'hydronéphrose s'ouvre et, de temps en temps, se fait une abondante émission d'urine sanguinolente; mais, dans l'intervalle, jamais de ces crises douloureuses coïncidant avec le développement exagéré de la tumeur abdominale, phénomène que l'on signale dans la plupart des observations.

Et puis les résultats de l'autopsie ne sont-ils pas véritablement paradoxaux? Le rein gauche, celui qui a acquis les dimensions démesurées que l'on sait et dont le conduit excréteur s'ouvrait par intermittences, n'a montré sur son uretère aucune altération appréciable : que le rein ait été mobile à un moment donné et qu'à ce moment l'uretère se soit coudé brusquement, bien qu'aucune crise particulière n'ait décelé l'arrêt brusque de l'excrétion, c'est possible, mais, en tout cas, dans les neuf ans qu'a duré le processus pathologique, il ne s'est pas produit de ces adhérences fibreuses qui font de la coudure brusque une coudure permanente et fixent en une attitude immuable un déplacement d'abord momentané. Sur ce point, nous sommes des plus affirmatifs et nos recherches les plus minutieuses ne nous ont donné aucun résultat.

Au contraire, le rein droit, le moins distendu, le moins malade, celui dont la fonction persistait encore et assurait la précaire existence de notre opéré, celui-là présentait, du côté de l'uretère, des lésions incontestables ; une demi-torsion à 4 centimètres au-dessous du rein, deux tours de spire à 5 centimètres au-dessus de la vessie. Et cependant, de ce côté, il n'y a jamais eu d'oblitération complète ; n'oublions pas, en effet, que pendant neuf ans qu'a duré l'évolution « patente » de l'hydronéphrose gauche, cette hydronéphrose a été fermée au moins six ans. Il fallait donc, sous peine de mort, que le rein droit ait fait toute la besogne. Je le répète, il y a là un fait paradoxal : l'uretère gauche, d'apparence normale, s'est fermé définitivement, sans que nous trouvions sur son parcours aucun indice de l'obstacle à l'écoulement de l'urine ; tandis que l'uretère droit, tordu sans conteste sur une bride fibreuse, ne s'est jamais opposé, du moins d'une manière complète, à l'excrétion du liquide. Et je conclus en disant que la pathogénie de certaines hydronéphroses reste encore fort obscure.

Rapports.

I. — *Luxation du coude en arrière. Irréductibilité primitive. Arthrotomie. Guérison*, observation par M. Walther.

Rapport par M. Nélaton.

M. Walther vous a communiqué une observation de luxation du coude en arrière, irréductible dès le premier jour, et qu'il a traitée avec succès par une arthrotomie.

Voici le fait :

Un homme de 30 ans se luxe le coude en arrière en tombant. Il présente tous les signes classiques de ce déplacement articulaire et les médecins qui l'assistent tout d'abord essaient vainement de réduire la luxation. Quarante-huit heures après l'accident, M. Walther voit le malade et fait quelques tentatives de réduction qui restent infructueuses.

Dans ces conditions, nous dit M. Walther, je propose au malade de l'endormir, d'explorer l'articulation pendant la résolution chloroformique et, si la réduction semble impossible, de faire l'arthrotomie. L'opération acceptée est immédiatement pratiquée. Le malade étant anesthésié et en résolution complète, on est convaincu de l'impossibilité absolue d'obtenir la réduction par les tractions. On perçoit d'une façon évidente le refoulement en arrière du cubitus amené sous la trochlée humérale.

Alors M. Walther fit une incision de 10 centimètres le long du tendon du biceps et de l'olécrane, mit à nu les surfaces luxées, enleva une

masse de caillots qui les enveloppait, et la cavité articulaire lavée, chercha à voir la cause de l'irréductibilité pour la lever.

Il vit, faisant saillie entre le bord inférieur de la trochlée humérale et le cubitus une masse charnue formée par les fibres profondes du brachial antérieur. Mais il refoula cette masse charnue avec un instrument mousse et constata que ce n'était pas elle qui gênait la réduction ; il vit encore que l'apophyse coronoïde était arrachée à sa pointe dans une étendue de 5 à 6 millimètres, mais que le cartilage correspondant à la portion osseuse arrachée subsistait. Puis il ne vit plus rien, car il fit tirer sur l'avant-bras demi-fléchi et la luxation se réduisit en même temps qu'une lamelle cartilagineuse de 5 à 6 millimètres de haut sur 8 de large se détachait et sautait dans la plaie.

La réduction étant obtenue, M. Walther sutura la plaie, immobilisa la jointure pendant quinze jours, puis au bout de ce temps fit des mouvements et du massage, et trois semaines après l'accident, lorsque le malade quitta l'hôpital, la flexion de l'avant-bras sur le bras était « à peu près complète et l'extension augmentait de jour en jour ».

Telle est l'observation que nous communique M. Walther, et je ne puis qu'applaudir au résultat qu'il a obtenu.

En ce qui concerne les conclusions qu'il tire de son observation, e ne suis pas absolument d'accord avec lui : ses conclusions ont jtrait à la cause d'irréductibilité et à la thérapeutique suivie. Je ne puis admettre la cause d'irréductibilité primitive que M. Walther propose.

M. Walther nous dit : l'obstacle à la réduction étant constitué « par ce cartilage de la pointe de l'apophyse coronoïde isolé, décortiqué pour ainsi dire par la disparition de l'os sus-jacent arraché par le brachial antérieur ».

J'avoue que je me refuse à comprendre comment cette portion de cartilage de 5 millimètres se serait recourbée pour passer sous la trochlée pendant les efforts de traction et aurait ensuite, dès que la traction cessait, agi comme un ressort pour reproduire la luxation en se redressant et en repoussant la trochlée en avant; je ne crois pas cette action de ressort possible, parce que la résistance du cartilage d'encroutement de la cavité sigmoïde n'est pas suffisante pour l'empêcher de se briser si on le plie à angle droit ou au delà. M. Walther l'a bien vu lorsqu'il a imposé cette flexion au cartilage en réduisant la luxation, le cartilage s'est rompu aussitôt. De plus, en admettant même que cette lamelle cartilagineuse ait pu ne pas se rompre, je ne crois pas que son élasticité fût suffisante pour agir à la façon d'un ressort et repousser la trochlée en avant. Je ne crois donc pas que la cause d'irréductibilité primitive invoquée par M. Walther soit importante ou ait été seule en cause, et je pense qu'une autre cause existait et a échappé à l'observation.

La deuxième proposition émise par M. Walther a pour but de préconiser la thérapeutique qu'il a suivie.

« L'arthrotomie, nous dit-il, m'a permis de débarrasser l'articulation de caillots qui l'encombraient, de refouler en avant les débris du brachial antérieur et surtout d'enlever immédiatement deux fragments de cartilage. Si par des manœuvres de traction répétées j'avais pu, sans ouvrir l'articulation, obtenir la réduction, j'aurais laissé dans la jointure deux corps étrangers qui auraient certainement provoqué des accidents, de la gêne persistante des mouvements et probablement auraient nécessité une arthrotomie ultérieure ».

En présence du bon résultat obtenu au bout de trois semaines par M. Walther, qui est très probablement devenu excellent depuis, j'aurais bien mauvaise grâce à critiquer la conduite qu'il a suivie et même à ne pas la louer.

Mais je ne suis pas convaincu du tout que si par les tractions il eut réduit la luxation, il eut été ultérieurement obligé de pratiquer une arthrotomie pour extraire deux portions de cartilage de 5 millimètres, je crois que dans nombre de luxations facilement réduites, il y a des portions cartilagineuses ou osseuses détachées qui se soudent aux tissus voisins, se réparent et n'occasionnent aucun trouble fonctionnel.

Mais comme je le disais, le résultat est très bon, il a été facilement obtenu et nous ne pouvons qu'y applaudir.

Je voudrais cependant, puisque l'occasion m'en est offerte par ce rapport, rappeler l'attention sur un procédé bien simple qui me semble être en ce moment à peu près délaissé, je veux parler du procédé des tractions élastiques autrefois préconisé par M. Th. Anger. M. Walther n'y a pas eu recours et très probablement le procédé eut échoué dans son cas, puisque même sous le chloroforme les tractions n'ont pas obtenu la réduction. Mais on voit, à la lecture de son observation qu'il n'a pas songé un instant à y avoir recours. Or, en cas de difficultés primitives à la réduction j'ai vu plusieurs fois pour l'épaule et une fois pour le coude la traction élastique donner un résultat parfait en quelques minutes, alors que les tractions manuelles les mieux comprises avaient échoué, et je ne sais pas pourquoi, avant d'en venir à des procédés plus brillants mais plus compliqués on n'aurait pas toujours recours à cette manœuvre d'une simplicité et d'une facilité parfaites.

II. — *Observations de Chirurgie*, par M. le Dr Nicaud, médecin-chef de l'hôpital militaire de Mostaganem (Algérie).

Rapport par M. Chauvel.

I. — *Ligature de l'artère iliaque externe.*

Un enfant arabe de 13 ans, est blessé le 6 novembre 1893 à la cuisse par un couteau très pointu. Hémorragie immédiate considérable, en jet, qui s'est renouvelée 6 fois depuis vingt-quatre jours, quand il arrive à l'hôpital. Le petit malade est très anémié, la respiration précipitée, le pouls rapide ; le membre inférieur tout entier est gonflé, œdématié, la peau froide et presque insensible. On ne trouve les battements ni de l'artère pédieuse, ni de la poplitée. Un bandage compressif appliqué sur l'aine est resté en place depuis huit jours.

Le Dr Louis, médecin-major, qui reçoit le malade, enlève le pansement ; le caillot qui obturait la plaie est projeté au loin par un jet de sang rutilant. Compression de la fémorale sur l'arcade crurale, désinfection rapide de la plaie, application sur l'aine d'un nouveau pansement compressif. Injections d'éther, toniques, réchauffement du blessé.

M. Nicaud se décide pour la ligature de l'iliaque externe et la pratique le 1er décembre, sans chloroforme, à l'aide de la cocaïne anesthésiant la peau. Mais avant de commencer l'opération il fait enlever le pansement compressif, d'où hémorragie artérielle imminente qu'il faut arrêter par une compression directe dans la plaie.

Au lieu du procédé ordinaire, notre confrère adopte l'incision d'Abernethy qui de un centimètre en dehors et au-dessus du milieu de l'arcade de Fallope se porte vers deux doigts en dehors de l'ombilic. Un mouvement du patient lui fait trouer le péritoine. Immédiatement il agrandit l'ouverture et c'est en refoulant l'intestin, traversant la cavité péritonéale, déchirant avec la sonde cannelée les feuillets postérieurs de la séreuse qu'il arrive sur l'artère iliaque et peut l'étreindre dans un double fil de soie.

Nettoyage du péritoine, sutures profondes et superficielles. Pansement antiseptique.

A ce moment, dit M. Nicaud, nous avons pensé à lier le bout inférieur de la fémorale, et nous ne l'avons pas fait parce que le blessé, bien que très courageux, nous a semblé être à bout de forces. La plaie *de la fémorale*, qu'on peut examiner à loisir, n'a pas plus de un centimètre d'étendue. Elle est située un peu au-dessous du milieu du triangle de Scarpa, dans la direction de l'artère et légèrement oblique en dehors ; elle est un peu enflammée sur le côté externe. Cette plaie est lavée très minutieusement et recouverte d'un bandage légèrement compressif ; tout le membre inférieur est entouré d'ouate.

Il n'est pas douteux qu'un lapsus a fait écrire à M. Nicaud *plaie de la fémorale* au lieu de *plaie inguinale*, et qu'il s'agit dans la

description ci-dessus de la blessure des téguments, non de celle des vaisseaux.

Les jours qui suivent l'intervention l'état général s'améliore, mais le membre blessé s'œdématie de plus en plus, l'infiltration gagne la paroi abdominale, les sutures cutanées coupent les tissus, les plaies s'ouvrent et suppurent. Fort heureusement la suture profonde de la plaie opératoire résiste et permet au bourgeonnement de combler la large brèche de la paroi abdominale sans que l'intestin ait fait issue au dehors. Le fil de la ligature tombe le dix-huitième jour.

Tout allait bien, les forces revenaient, l'œdème avait disparu, quand le vingtième jour, une hémorragie estimée à un litre de sang, a lieu par la plaie de la cuisse. Dans ces conditions M. le Dr Nicaud recourt encore à une compression directe par des tampons d'amadou trempés dans la solution de sublimé, de l'ouate et une bande élastique enveloppant les deux tiers supérieurs de la cuisse. Cette alerte fut la dernière, la blessure était cicatrisée dans le courant de janvier et le malade commençait à se lever et à marcher.

A ce moment on constate une insensibilité presque complète de la moitié inférieure de la cuisse et du reste du membre, en même temps qu'un point gangréneux à la partie inférieure et à la face postéro-interne de la jambe. Mais la gangrène se limite et grâce à des frictions journalières et à l'électrisation, il sort de l'hôpital le 24 mars n'ayant plus qu'une insensibilité relative de l'avant-pied et porteur d'un bandage qui protège sa cicatrice abdominale.

M. Nicaud fait remarquer que son petit blessé, en raison des hémorragies antérieures, se trouvait dans des conditions générales peu favorables, mais, d'un autre côté, les vingt-quatre jours écoulés depuis l'accident avaient laissé à la circulation collatérale la possibilité de se développer, ce qui rendait moins grave la ligature de l'artère iliaque externe.

Selon notre collègue, le procédé d'Abernethy offre l'avantage de respecter la tégumenteuse abdominale et le canal inguinal, d'ouvrir la paroi dans la direction de l'artère, de faciliter le placement du fil au-dessus de la naissance de l'épigastrique. Bien que ne voulant pas préconiser l'ouverture du péritoine, à laquelle il a été conduit par la lésion accidentelle de la séreuse, il pense que traverser la cavité en écartant les anses intestinales est sans danger pourvu qu'une antisepsie sévère soit appliquée. Enfin, à propos de l'hémorragie tardive survenue dix-neuf jours après la ligature il reconnaît que : « dans la plupart des cas, alors qu'une nouvelle perte de sang peut être fatale, il est utile et peut-être indispensable de procéder à la ligature du bout inférieur dans la plaie ».

Je regrette de ne pouvoir accepter les conclusions qui terminent le travail de M. Nicaud. Pour ma part je me range au précepte

généralement adopté et que la Société de chirurgie a toujours soutenu de son autorité : *En cas de plaies artérielles, la ligature des deux bouts du vaisseau doit toujours être pratiquée, sauf impossibilité absolue.*

Certes, l'état d'anémie profonde dans lequel se trouvait le petit blessé de notre confrère nécessitait de grandes précautions pour éviter toute nouvelle perte sanguine. Mais puisque la compression de la fémorale sur l'arcade crurale put être pratiquée lors de l'examen du Dr Louis, puisque la plaie inguinale fut mise à jour et que le sang en jaillit quand par deux fois le bandage compressif dut être enlevé, il me paraît qu'il eût été aisé d'agrandir la plaie et d'atteindre l'artère au niveau de sa lésion. Au besoin le bout du doigt eût fermé l'ouverture pendant le temps nécessaire à la mise à jour de la fémorale.

Puis, après la ligature de l'artère iliaque, alors que tout écoulement de sang ayant cessé, il devient loisible de se rendre compte du siège, de l'étendue, des conditions de la blessure, il eût été bien facile de découvrir la crurale et d'en lier les deux bouts. La direction de la plaie, son peu d'étendue devaient faire songer, il nous semble, à la possibilité d'une section incomplète du tube artériel. Les multiples hémorragies survenues depuis l'accident plaidaient aussi dans ce sens.

Elles montraient que la fémorale n'était pas fermée, qu'aucun caillot obturateur ne s'était constitué, que sa brèche était toujours ouverte. Aucune précaution n'avait été prise en prévision de ce retour du sang. M. le Dr Nicaud le dit lui-même. Si l'hémorragie ne s'était pas produite juste au moment de la visite hospitalière, si elle était arrivée la nuit ou hors de la présence des médecins une mort rapide en eût été la conséquence certaine.

Et cependant, après cet avertissement, c'est encore la compression que l'on emploie pour arrêter le sang, c'est elle que l'on continue d'utiliser. Fort heureusement, la plaie se ferme et la guérison se fait. Mais il me semble qu'en publiant son observation, notre collègue a voulu fournir un nouvel exemple de la nécessité de la ligature des bouts du vaisseau dans la plaie. On chercherait en vain un meilleur argument, un plaidoyer plus convaincant pour la doctrine que nous soutenons ici.

Ceci dit, que penser du procédé suivi par notre collègue dans son opération ? De grands chirurgiens, d'excellents anatomistes conseillent, pour aborder l'artère iliaque externe, l'incision parallèle à l'épigastrique, l'incision *inguino para-ombilicale* dite d'Abernethy. C'est à peu près le procédé de Malgaigne, et Farabeuf a de la tendance à l'accepter. Certes, l'incision est rationnelle si l'on a dessein de traverser le péritoine. Mais quand on croit bon de rester

hors de la cavité séreuse, la section d'A. Cooper et celles qui s'en rapprochent plus ou moins de l'arcade fémorale, offrent plus de sécurité et font un chemin plus facile. Comme il est de nécessité de décoller le péritoine de la fosse iliaque, autant l'aborder en se rapprochant des épines, point où il n'adhère qu'à peine.

Bien que le succès ait couronné l'intervention de M. Nicaud, bien que la laparotomie n'offre plus les dangers de jadis,et que chez les Arabes elle soit moins grave encore, il sera toujours plus prudent de respcter la cavité séreuse. Et l'incision de Cooper permet d'atteindre aisément l'iliaque externe au-dessus de l'origine de l'épigastrique, si l'on a soin d'incliner le sujet du côté sain pendant la recherche du vaisseau.

Je regrette d'avoir trouvé tant de sujets à critique dans l'observation de notre confrère de l'armée. Quand il m'a prié de remettre son travail à la Société de chirurgie, je ne lui ai pas caché que je ne pouvais accepter et défendre ici ses opinions chirurgicales. Il ne m'en voudra pas d'avoir soutenu ce que je crois être la vérité et la pratique judicieuse.

II. — *Traitement d'un abcès du foie compliqué d'ascite. Guérison par la méthode de Little retardée.*

Un tirailleur algérien entre le 5 juillet à l'hôpital de Mostaganem présentant les symptômes d'une hépatite aiguë. Deux applications de vésicatoire restent sans résultats et une pneumonie intercurrente, due probablement au voisinage de l'abcès qui se forme dans le lobe droit du foie, vient pousser le Dr Nicaud à s'assurer de l'existence de la suppuration.

Le 3 août, une ponction faite un peu au-dessous du rebord costal, à 3 centimètres en dehors de la verticale du mamelou, donne issue à 600 grammes de pus chocolat. La canule servant de guide, notre confrère incise dans une étendue de 8 centimètres, parallèlement à la côte, couche par couche, la paroi de l'abdomen. Dès que le bistouri a divisé le feuillet péritonéal, il se produit un écoulement assez abondant de liquide limpide, citrin, évidemment ascitique. L'existence de cet épanchement n'avait été ni recherchée, ni reconnue.

Craignant de voir le pus pénétrer dans la cavité séreuse, conduit par le liquide ascitique, le Dr Nicaud s'arrête, retire la canule, lave soigneusement la plaie au sublimé, la saupoudre d'iodoforme et la recouvre de gaze iodoformée et d'ouate de tourbe. Le pansement est renouvelé tous les deux jours, de douces pressions aident à l'issue du liquide ascitique, de temps en temps un stylet flambé est introduit entre les deux lèvres de la plaie péritonéale pour empêcher sa fermeture.

Cependant l'amaigrissement augmente, la diarrhée réapparaît, le foie se gonfle de nouveau. Le 13 août, ponction d'*attente* dans un point plus élevé et plus rapproché de la ligne médiane, on retire près de 2 litres de pus. Le 20 août, la boutonnière péritonéale s'est fermée; le 31 août,

tout épanchement ascitique a complètement disparu. La plaie opératoire est couverte de bourgeons charnus.

Le 2 septembre, après injection de cocaïne, sans ponction préalable, une incision de 8 centimètres est pratiquée sous le rebord costal. Elle a pour centre le lieu de la seconde ponction et se poursuit, couche par couche, jusqu'au péritoine inclus sans donner lieu à aucun écoulement séreux. Le foie est largement ouvert.

L'abcès, très volumineux, renfermait au moins 2 litres de pus et présentait de vastes anfractuosités s'étendant surtout en dehors et en haut. Drains accolés, lavages au sublimé au 1/2000e, pas de sutures. Aucun incident ne vint traverser la guérison. Au bout d'un mois, l'état général était satisfaisant; à la fin du second mois la cavité purulente était très restreinte. Ce ne fut cependant qu'au 30 décembre que B..., complètement guéri, quitta l'hôpital de Mostaganem.

De son observation que j'ai réduite à ses points importants, de son expérience personnelle qui porte sur quatre abcès du foie, tous les quatre traités par la méthode de Little et tous les quatre guéris, M. le Dr Nicaud tire quelques déductions qu'il soumet à l'appréciation de la Société.

Tout d'abord, du procédé du chirurgien anglais, il rejette l'incision en un seul temps de toutes les parties molles comprises entre la cavité purulente et la surface cutanée. Dans cette section aveugle, l'intestin, l'épiploon, la vésicule biliaire ont été atteints par le bistouri. Sous ce rapport nous sommes absolument de son avis. L'incision lente, régulière des divers plans de la paroi abdominale et du tissu du foie, est une conduite prudente, véritablement chirurgicale et aujourd'hui généralement adoptée.

Il est cependant permis d'imiter Little dans les cas où le pus, devenu superficiel, a distendu la paroi et fait saillie sous les yeux comme sous la main. M. Nicaud s'est comporté ainsi chez un de ses malades, nous ne saurions l'en blâmer.

Moins confiant dans la valeur de la cocaïnisation, nous avons, sans aucun inconvénient, utilisé le chloroforme dans tous les cas que nous avons opérés. Aujourd'hui, que l'emploi de la cocaïne est mieux réglé, nous n'hésiterions pas à nous contenter de l'anesthésie locale.

Un point important est de ne pas attendre pour intervenir les signes extérieurs de la formation d'une collection purulente. Dans ce but, les ponctions exploratrices doivent être pratiquées dès qu'on soupçonne la suppuration. Notre collègue eût peut-être bien agi en recourant à ce procédé dès l'entrée de son malade. Peut-être lui eût-il ainsi évité d'un côté la pneumonie, conséquence du voisinage immédiat du foyer hépatique; de l'autre, l'épanchement ascitique dont l'origine probable nous semble devoir être recherchée dans

l'augmentation considérable du volume du foie et dans la gêne de la circulation de retour.

La ponction doit-elle être exploratrice et évacuatrice ? Notre confrère ne voit que des inconvénients à vider complètement la poche purulente. Cette pratique rend l'incision plus délicate, déplace ses parties, expose à tomber hors de l'abcès. Puis la canule ne peut donner passage aux débris de tissu qui tapissent les parois de la poche. Elle ne prévient pas la nécessité d'une large ouverture et n'expose pas moins à la contamination de la séreuse.

En ce qui concerne la suture des lèvres de l'incision du foie aux bords de la plaie des parois, pour adosser les séreuses et obtenir une occlusion rapide de la cavité péritonéale, M. le Dr Nicaud n'a pas une opinion ferme. Il pense toutefois que pour être utile cette suture doit être faite *avant* et non *après* l'ouverture du foyer. C'est au moment de l'irruption du pus qu'on peut craindre son entrée dans le péritoine. Encore n'est-ce là qu'une crainte assez chimérique. Nous ne croyons pas qu'on ait jamais apporté un seul exemple avéré de cette complication.

Il en est de même de la préoccupation de maintenir en rapport constant l'ouverture pariétale et le trajet hépatique, en s'opposant au retrait de la glande. Ou ce retrait ne doit pas se faire naturellement et la suture est inutile. Ou le déplacement de la brèche hépatique provient du rapprochement des parois de la poche suppurante et s'y opposer c'est lutter contre l'occlusion naturelle du foyer. Comme le Dr Nicaud, nous ne voyons pas bien les avantages de la suture.

Pour terminer, notre confrère se demande ce qui serait arrivé si, chez son malade, il avait fait l'incision de Little en un seul temps. Il croit qu'une certaine quantité de pus, se mélangeant à la sérosité ascitique, aurait pénétré dans le péritoine. La chose nous semble peu probable, les courants étant tous deux du dedans vers le dehors. Mais nous n'insisterons pas, étant partisan de la section couche par couche.

Quelle conduite fallait-il tenir, dit M. Nicaud, quand l'existence de l'ascite, l'absence d'adhérences, furent évidentes. Fallait-il chercher un point plus favorable où les deux feuillets du péritoine auraient été soudés ? Etait-il préférable de suturer à la paroi les lèvres de l'incision hépatique ? Un terme moyen pouvait être employé, dont ne parle pas notre collègue ; la suture précédant l'ouverture de l'abcès, se comporter avec le foie comme avec l'intestin dans l'entérotomie.

Poursuivi par la crainte de l'infection du péritoine M. Nicaud a préféré temporiser. Mais il a dû au bout de quelques jours faire une nouvelle ponction évacuatrice et plus tard enfin intervenir de

nouveau par l'incision régulière. Or si l'ouverture de la séreuse ne donna issue cette fois à aucun liquide, il n'est aucunement démontré qu'il existât des adhérences protectrices.

Nous croyons donc, sans désapprouver l'extrême prudence de notre confrère, qu'il y aurait danger à l'ériger en principe. Nous repoussons formellement l'emploi des ponctions dites d'*attente* et l'intervention ordinaire. L'ouverture immédiate de la poche purulente, avec ou sans sutures séro-séreuses, nous paraît préférable à une temporisation qui, par l'accroissement du foyer, par l'altération de la santé générale, par l'éventualité d'une rupture spontanée, met en grand danger l'existence du malade.

Je ne voudrais pas terminer ce rapport dans lequel j'ai dû, par conviction, défendre des opinions opposées à celles de M. le Dr Nicaud, sans rendre justice à ses efforts et sans le remercier d'avoir bien voulu nous soumettre son travail et nous exposer ses idées. Les appréciations du rapporteur lui sont absolument personnelles. Comme celles du correspondant, il appartient à la Société de les discuter et de les refuser si elle les juge inexactes.

Je vous propose, Messieurs, de remercier M. le Dr Nicaud de ses intéressantes observations et de déposer son travail dans nos archives.

Discussion.

M. Championnière. Je regrette vivement que M. Zancarol ne soit plus parmi nous. Son remarquable travail sur les abcès du foie a porté la lumière dans toutes ces questions. Je l'ai étudié tout récemment, à l'occasion d'une collection qui, développée dans un foie transposé, occupait le flanc gauche. Eh bien, ni M. Zancarol, ni moi ne sommes d'accord avec M. Chauvel sur plus d'un point.

M. Chauvel repousse les ponctions. Or, il est certain qu'elles rendent ici d'immenses services. Elles permettent de reconnaître l'existence d'un foyer hépatique et son siège exact. Il se soucie peu des adhérences qui peuvent exister spontanément ou être établies par la suture ; mais il y a des cas ou le foie est parfaitement lisse et rétractible. Va-t-on de gaîté de cœur s'exposer à ce que le pus coule librement dans la cavité péritonéale?

M. Zancarol, qui a une très grande expérience de cette affection s'est, au contraire, appliqué à trouver les meilleurs moyens de fixer la poche à la paroi. Il a publié les résultats obtenus dans deux séries de faits : avant qu'il prît les précautions qu'il recommande actuellement, et après qu'il les eut résolument adoptées. De cette statistique ressort nettement l'importance de tous ces petits détails.

M. Quénu. J'ai vu en août dernier, avec M. Berger, un malade colonial, atteint, après plusieurs dysenteries, d'un abcès du foie. Il avait été examiné d'abord par MM. Guyot et Rendu.

J'eus l'idée que des ponctions chez ce malade seraient, à cause de la minceur de la poche, tout à fait dangereuses. De fait, ayant pratiqué la laparotomie, nous avons rencontré une collection à paroi lisse, glissant librement sous la paroi abdominale, mais très mince. Je pensai bien faire en réunissant par suture autour de la partie découverte des franges épiploïques, des fragments du ligament suspenseur, enfin tout ce que je pus ramasser autour de l'incision. Je fis ainsi une cavité isolée au milieu de laquelle je pratiquai une ponction au moyen d'un petit trocart. Or, un effort de toux fit rompre la poche au niveau de cet étroit orifice. Le pus fut projeté sur mon visage. Il est probable que sans les précautions que j'avais prises, il aurait inondé le péritoine. L'isolement de l'ouverture me paraît donc avoir rendu ici un grand service.

M. Michaux. Il me semble que mes collègues perdent un peu de vue dans cette discussion le fait démontré ici par M. Peyrot, de la stérilité habituelle des abcès du foie.

M. Peyrot. Je pense toujours que le pus des collections hépatiques est le plus habituellement stérile et que l'on doit expliquer ainsi les succès obtenus par les chirurgiens anglais de l'Inde avec leur pratique si hardie. Mais je me reprocherais vraiment de tirer de ce fait des conclusions trop absolues. Il suffit que dans quelques cas, même fort rares, le pus ait été trouvé plus ou moins riche en microbes pyogènes, tels que le staphylocoque, le streptocoque et le bacterium côli, pour qu'une conduite prudente s'impose. J'avoue que pour ma part, je ne me determinerai pas facilement à inciser un abcès du foie avant d'avoir fixé d'une façon quelconque sa paroi à la paroi abdominale.

M. Tuffier. J'appuie fortement ce que vient de dire M. Peyrot. Il m'est arrivé, après avoir ouvert 7 abcès stériles, d'en trouver un huitième qui était très septique. La prudence est donc toujours de règle ici.

M. Championnière. Je n'ai pas oublié les cas où les abcès sont stériles; j'y ai même fait allusion. Mais j'ai tenu à faire ressortir l'importance des observations de M. Zancarol. Elles prouvent que l'emploi de certaines précautions améliore sûrement les résultats opératoires.

M. Michaux. Je voulais moi-même insister sur ce fait que si l'on ne devait pas, de gaîté de cœur, s'exposer à l'écoulement acciden-

tel d'une certaine quantité de pus dans la cavité péritonéale, il ne fallait pas non plus s'effrayer outre mesure de cet écoulement dans le cas où il viendrait à se produire.

Présentation de malades.

1° *Double pied-bot congénital équin-varus. Résection de l'astragale. Rétablissement de la forme et de la fonction*, par M. Poirier.

2° *Double ostéotomie du fémur pour genoux valgus.*

M. Berger présente un malade sur lequel il a pratiqué une double ostéotomie des fémurs pour un double genou valgus. Celui-ci présentait d'un côté 12 centimètres, de l'autre, 18 centimètres de flèche. Il y avait donc 30 centimètres d'écartement du bord interne des deux pieds quand les genoux étaient au contact. Aujourd'hui la rectitude des deux membres inférieurs est parfaite et, chose importante à noter, d'aucun des deux côtés on ne peut sentir la saillie que fait si souvent en dehors le fragment supérieur. Il est impossible de se figurer que les membres aient autrefois été le siège d'une déformation quelconque.

M. Berger attribue la perfection de ce résultat au soin qu'il prend de sectionner très lentement le fémur au-dessus des condyles, en augmentant, par des pesées latérales exercées avec le ciseau de Mac-Ewen, l'espace angulaire qui résulte de la pénétration de la lame dans le tissu osseux. La fracture de la dernière lamelle osseuse doit se faire avec la plus grande précaution pour éviter que le périoste de la face externe ne se déchire et qu'il puisse se produire un déplacement autre qu'une inflexion latérale amenant le redressement de l'axe des condyles fémoraux.

Un appareil plâtré immobilisant le membre et même le bassin est appliqué aussitôt après l'opération et est laissé en place jusqu'à la consolidation complète.

Présentation de pièces.

1° *Plaie du crâne par balle de revolver sans pénétration du cerveau.*

M. P. Michaux. La pièce que j'apporte à la Société de chirurgie provient du service de M. Benjamin Anger qui a bien voulu m'autoriser gracieusement à vous la présenter.

Comme vous le voyez, il s'agit d'une plaie du crâne par balle de revolver, dans laquelle le projectile (une balle de 7 millimètres) après avoir défoncé la paroi osseuse de la fosse temporale est venu se loger sous la dure-mère sans la traverser,

Il existe cependant, comme vous pouvez le voir au niveau du projectile, une sorte de déchirure minuscule comme une tête d'épingle par laquelle s'est effectuée sans doute la méningite suppurée de la base qui a emporté le malade.

Enfin on trouve dans le cerveau un vaste foyer de destruction occupant toute l'épaisseur du cerveau depuis le lobe temporo-sphénoïdal au niveau de la balle jusqu'au ventricule latéral. Les dimensions antero-postérieures de ce foyer ne sont pas moindres que 5 à 6 centimètres. Les parois sont tomenteuses, rougeâtres; on n'y trouve pas de pus à proprement parler et je ne saurais dire s'il s'agit là d'un foyer de contusion cérébrale comme le croit M. Benjamin Anger ou d'un véritable foyer d'encéphalite comme on pourrait le dire tout aussi bien.

Voici maintenant les renseignements cliniques recueillis sur ce malade par Jacques Monod, interne du service de M. Benjamin Anger.

C'est un jeune homme de 26 ans qui s'est tiré le 21 novembre 1894 un coup de revolver dans la région temporale droite. Son état cérébral antérieur aurait, paraît-il, laissé un peu à désirer, le malade se serait plaint souvent de maux de tête.

Depuis son entrée à l'hôpital il n'y a jamais eu de paralysies ou de contractures localisées; mais presque chaque jour le malade a eu à plusieurs reprises des crises épileptiformes très nettes.

Sa mort est survenue au bout de six jours.

Plusieurs fois M. Benjamin Anger s'est posé la question de savoir s'il ne pratiquerait pas l'opération du trépan, en l'absence de signes précis de localisation; cette intervention a toujours été reculée et le malade a succombé à une méningite suppurée qu'une trépanation aurait sans doute permis d'éviter.

Cette pièce me paraît très intéressante et singulièrement démonstrative.

Si comme l'a démontré M. Delorme dans les intéressantes expériences qu'il a communiquées à la Société de chirurgie, les projectiles de 5 et de 7 millimètres pénètrent le plus souvent dans le cerveau en y provoquant des désordres mortels dus aux parcelles osseuses qu'ils détachent à leur passage et enfoncent dans la substance cérébrale, les faits de la nature que je viens de vous présenter, rapprochés des faits semblables qui vous ont été communiqués par MM. Chupin, Chauvel, Gérard-Marchant, Quénu, démontrent,

d'autre part, que dans des conditions que nous ne connaissons pas, les mêmes projectiles peuvent rester en dessous de la dure-mère ; respectant entièrement cette membrane ou bien ne la déchirant que dans une très petite étendue.

Il ressort encore de l'examen de cette pièce que le blessé a succombé à une méningite suppurée qui a dû résulter de la propagation aux méninges de l'infection produite par le projectile, propagation qui a dû se faire par la petite déchirure que je signale à la surface de la dure-mère au niveau du point où elle était soulevée par le projectile.

Quant à la question de savoir si la lésion cérébrale est imputable à un traumatisme par contusion cérébrale sans lésion de la dure-mère ou à un foyer d'encéphalite. je ne saurais la trancher n'ayant pas examiné la pièce au moment où elle a été recueillie et coupée. Je ne puis dire qu'une chose c'est que la dure-mère était peu décollée, que le foyer ramolli est assez limité, et qu'on ne trouve pas de petits foyers de contusion et d'hémorragie dans son voisinage.

Quoiqu'il en soit, il ne paraît pas douteux, et c'est l'opinion de de M. Benjamin Anger, que la trépanation faite de bonne heure eût rendu grand service à ce malade en le débarrassant du projectile et en permettant la désinfection du foyer; on eût ainsi évité sûrement la méningite suppurée qui a emporté le malade, et peut-être l'encéphalite ou l'abcès du cerveau qui occupait tout son lobe temporal.

La pièce que je viens de vous présenter est donc très intéressante et très démonstrative au point de vue de l'utilité de la trépanation dans un grand nombre de cas de plaie par balle de revolver ; s'il est des cas où cette trépanation ne saurait sauver le malade, il en est d'autres où elle pourrait prévenir les plus graves accidents et dans le doute elle nous paraît devoir être pratiquée dans le plus grand nombre des cas.

Discussion.

M. Tillaux. J'ai observé un cas tout à fait semblable à celui que M. Michaux nous communique. Mon malade avait reçu, lui aussi, un coup de revolver dans la région temporale. Je ne crus pas devoir intervenir. Il mourut. A l'autopsie, je pratiquai la recherche de la balle par la trépanation, comme je l'aurais faite sur le vivant. Je rencontrai d'abord un vaste épanchement sanguin occupant toute la fosse temporale, puis la balle à la surface de la dure-mère.

Celle-ci était intacte. Mais derrière elle se trouvait une importante contusion du cerveau. La substance cérébrale avait subi une véritable attrition, sans que la dure-mère fût perforée. C'est l'analogue de ces faits bien connus de contusions graves ou même de plaies

contuses par des balles qui n'ont point perforé les vêtements. Quelque chose de semblable s'est peut-être produit chez le malade de M. Michaux. Je ne suis pas sûr qu'il ait succombé à autre chose qu'à ces lésions cérébrales mal définies, retrouvées à l'autopsie, et qui ressemblent singulièrement à celles que j'ai rencontrées chez le mien. Et même je ne crois pas que la petite perforation de la dure-mère signalée par M. Michaux ait été produite par la balle. A voir sa forme, je croirais plutôt qu'elle a été faite accidentellement au moment de l'autopsie. Il me semble que des faits comme ceux-là sont peu favorables à l'intervention.

M. Routier. L'hypothèse de M. Tillaux, à savoir que le malade de M. Michaux aurait succombé à autre chose qu'à de la méningite septique me paraît peu soutenable.

M. Peyrot. Je ne puis tirer les mêmes conclusions que M. Tillaux des deux faits qui viennent d'être rapportés.

Un foyer de contusion cérébrale est loin d'être fatalement mortel. S'il n'est pas infecté, il a bien des chances de guérir simplement. S'il est infecté, il peut guérir encore, à la condition d'être largement ouvert. L'incision extérieure, l'ablation des esquilles osseuses, l'agrandissement de l'orifice, l'extraction du projectile, si on le rencontre, permettent aux parties sphacélées et infectées de s'éliminer ; elles faciliteront l'application d'un pansement antiseptique. Elles supprimeront ces trajets anfractueux et étroits, si difficiles à désinfecter, comme le faisait justement remarquer récemment M. Championnière. La destruction d'une portion même importante des parties phériphériques du cerveau n'entraîne souvent, on le sait bien, aucune conséquence fâcheuse si l'infection des méninges peut être évitée.

M. Demmler. J'ai observé à l'hôpital de Guelma, un blessé qui s'était logé une balle dans la région du rocher. On trouva à l'autopsie une attrition importante de la substance cérébrale ssns déchirure de la dure-mère, comme dans le cas cité par M. Tillaux.

M. Delorme. Dans la discussion récente sur les plaies de l'encéphale per balles de revolver, je me suis montré peu partisan de l'intervention dans les blessures profondes. Mais dans les cas qui nous ont été soumis, j'aurais sans doute recherché prudemment avec le stylet l'état de la blessure et, trouvant la balle, je l'aurais enlevée en agrandissant au besoin l'orifice cranien. En présence de phénomènes paraissant indiquer au bout de quelques jours des complications d'encéphalite je n'aurais pas hésité à inciser la dure-mère.

M. Championnière. Il n'y aucun rapprochement à établir entre les faits actuels et ceux qui ont motivé la dernière grande discussion de la Société de chirurgie. Dans cette dernière, différenciant les plaies superficielles des plaies profondes, nous avons contesté l'utilité des recherches pratiquées au hasard, avec le stylet, à travers la substance cérébrale. Les faits publiés et les expériences de M. Delorme sont tout à fait en faveur de notre manière de voir. Mais dans les plaies superficielles il faut évidemment intervenir.

M. Michaux. C'est précisément pour établir cette vérité que j'ai présenté la pièce. Je ne puis rien dire de certain sur le foyer de ramollissement que j'ai signalé.

M. Tillaux. Je n'ai voulu insister moi-même que sur ce fait d'anatomie pathologique : la contusion cérébrale à travers la dure-mère intacte.

2° *Appendice spontanément expulsé d'une plaie de laparotomie pour péritonite suppurée.*

M. Delorme présente un appendice séparé spontanément trois jours après une laparotomie faite pour une péritonite suppurée. C'est la deuxième fois qu'il observe ce fait d'une séparation de l'appendice.

Celui-ci se présente ici sous la forme d'un cylindre terminé en cul-de-sac, long de 6 centimètres, à canal continu à sa base, dans l'étendue de 2 centimètres, continu à sa terminaison. Dans le reste de son étendue, une paroi a disparu par l'ulcération. Après l'avoir retiré de la plaie, M. Mignon et moi avons trouvé dans son intérieur un petit calcul stercoral.

Discussion.

M. Pozzi. Je ne suis pas du tout convaincu qu'il s'agisse là d'un appendice et je demande un examen histologique.

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,
Peyrot.

Séance du 12 décembre 1894.

Présidence de M. J.-L. Championnière.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Rapports annuels de la commission permanente de l'hygiène de l'enfance à l'Académie de médecine, 1889-1893, nos 21 à 30;

3° *Forte déviation de la cloison cartilagineuse du nez ; ablation de la cloison par un procédé nouveau*, par M. Surmay (de Ham), membre correspondant;

4° *Des épistaxis juvéniles, héréditaires et hérédo-hépatiques*, par M. Verneuil (Extrait du *Bulletin de l'Académie de médecine*, séance du 20 mai 1894).

A propos du procès-verbal.

Sur le traitement des polypes naso-pharyngiens.

M. Verneuil. Il semblait que depuis quelques années les polypes naso-pharyngiens se fissent rares. Plus de travaux sur eux, plus d'observations saillantes soit dans les journaux, soit dans les Sociétés savantes. Tout d'un coup une petite épidémie semble éclater. M. Nélaton m'a dit qu'il en connaissait cinq à six cas récents, et plusieurs de nos collègues sont venus apporter des faits à propos desquels s'est élevée ici une discussion fort intéressante, et qui montre bien que tout n'est pas dit encore sur les polypes naso-pharyngiens.

MM. Tuffier et Quénu ayant rapporté des faits de réparation immédiate du palais après l'ablation rapide de la tumeur, M. Nélaton fort de son expérience personnelle, et on peut le dire, de celle de son illustre père dont il a médité longuement les opinions, M. Néla-

ton a défendu résolûment les méthodes de lenteur. Sur ce point la discussion a montré que si plusieurs d'entre vous étaient portés à préférer les méthodes rapides, la plupart étaient au moins éclectiques. M. Tuffier, pour ne citer que lui, l'est certainement, puisque sur six cas il a employé une fois un procédé rapide et cinq fois des méthodes lentes. Il faut seulement s'entendre sur les indications. Pour moi, je le dis tout de suite, les indications des méthodes lentes sont infiniment plus communes que les autres. Elles existent 95 fois sur 100.

Je ne pense pas que la nature du polype puisse entrer sérieusement en ligne de compte.

Assurément tous les polypes naso-pharyngiens ne se ressemblent pas. Parmi eux nous trouvons des polypes durs et des polypes mous. Les polypes durs sont généralement bénins. Les polypes mous nous présentent tous les degrés d'une échelle anatomique commençant au fibrome et finissant au sarcome le plus malin. Cependant il ne faut rien exagérer. Il y a quelque trente ans, à une époque où l'on s'occupait beaucoup des polypes naso-pharyngiens, j'ai eu l'occasion d'examiner histologiquement à peu près toutes les tumeurs, et elles étaient nombreuses, observées soit à Paris, soit en province. On me les envoyait presque toujours. Eh bien ! je puis affirmer que les polypes malins sont vraiment rares, je puis dire exceptionnels. Il y a bien aussi quelques fibromes qui, bénins au début, deviennent lorsqu'on les tourmente, lorsqu'on met entre les divers actes opératoires des intervalles trop grands, lorsqu'on les laisse récidiver trop souvent de véritables sarcomes. Mais cette sous-variété de fibromes durs devenant mous à la longue et récidivant à l'état de sarcome n'est pas non plus très commune.

Il n'en faut pas moins connaître ces variétés diverses des polypes naso-pharyngiens et se rappeler même que plus d'une fois, dans la première attaque d'un polype, on s'est trouvé en présence d'un néoplasme qui profondément s'étendait jusqu'à la cavité cranienne. Entre toutes, les tumeurs qui saignent beaucoup sont particulièrement suspectes. Ce sont souvent des sarcomes.

Je disais tout à l'heure que les méthodes lentes trouvent pour moi, leurs indications 95 fois sur 100. Il ne m'en coûte point de reconnaître que sur ce point je n'ai pas toujours eu la même opinion. Jusqu'en 1870, j'ai bien souvent pris la parole à la Société de chirurgie pour défendre des idées tout à fait opposées. Longtemps j'ai fait la guerre à ce que j'appelais *les procédés parcimonieux*. Je rangeais entre autres sous ce titre les opérations de Manne, Nélaton, la rhinotomie médiane ou latérale, à plus forte raison celle de Rampolla sur laquelle j'ai fait en 1860 un long rapport à la Société de chirurgie.

Avec Robert, Michaux (de Louvain), et d'autres, j'ai au contraire soutenu opiniâtrement la supériorité des grandes opérations préliminaires et particulièrement de la résection du maxillaire supérieur, pour ouvrir une large voie permettant d'attaquer le polype sûrement et de l'extirper d'un seul coup.

Comment j'ai rencontré mon chemin de Damas? Je vais vous le dire.

Jusqu'en 1870 j'avais été peu frappé de la gravité des hémorragies dans les opérations pratiquées pour les polypes naso-pharyngiens. Ma pratique personnelle avait été peu étendue. Je n'avais opéré que trois polypes naso-pharyngiens, 1857, 1866, 1869, et dans des conditions qui ne m'avaient point inspiré de réflexions particulières. C'était une opinion courante que les hémorragies au cours de ces opérations n'étaient généralement point très graves malgré leur abondance. Gosselin avait pu écrire, en 1850, dans sa thèse de concours sur le *Traitement chirurgical des polypes des fosses nasales et du pharynx*, qu'il ne connaissait aucun exemple de mort arrivée par hémorragie à la suite de l'arrachement d'un polype.

Pourtant nos vieux maîtres de l'ancienne Académie de chirurgie avaient déjà signalé la gravité de cet accident. Mertrud avait étudié les moyens propres à arrêter l'effusion du sang. Bourrienne avait publié un cas dans lequel il avait bien cru perdre son malade. Plus récemment, Foucher, Richard, Giraldès, Legouest, Huguier, Deguise, Demarquay, Letenneur et d'autres avaient pourtant publié des observations dans lesquelles l'hémorragie au cours de tentatives opératoires faites par diverses voies était signalée d'une façon toute particulière. Nous trouvons dans leurs observations des mentions comme celles-ci : le sang coulait à profusion; le malade perdit assez de sang pour inspirer les plus vives inquiétudes; le malade perdit des flots de sang; il y eut une hémorragie effrayante, foudroyante, etc. Dans la plupart des cas, la mort avait été évitée, grâce au tamponnement; mais l'opération avait dû souvent être abandonnée ou modifiée en ce sens que le traitement lent avait été substitué à l'arrachement. On avait noté pourtant quelques terminaisons mortelles.

Je n'ai bien senti la valeur de toutes ces observations qu'après avoir été moi-même le témoin désolé d'uue hémorragie qui sous mes yeux, malgré tout ce que je pus faire, fit périr un de mes opérés, un jeune homme de seize ans (1870).

A partir de ce moment je suis revenu de préférence à l'emploi des méthodes douces. Vous trouverez l'histoire de ma conversion dans un nouveau volume de mémoires chirurgicaux, en ce moment sous presse. J'y étudie dans un travail de près de 100 pages les *hémorragies daus les polypes naso-pharyngiens*. Les observations

auxquelles je viens de faire allusion s'y trouvent analysées avec beaucoup d'autres.

Raisonnons maintenant : j'ai depuis longtemps proposé un critérium pour le choix du procédé. Il faut que l'opération réponde à ces trois termes : efficacité, simplicité, bénignité.

La cure radicale et rapide est-elle donc plus *efficace* que les méthodes de douceur? Hélas! non. Quelle que soit la méthode employée, la récidive est presque la règle dans un cas comme dans l'autre.

Simplicité : en tant qu'opération préliminaire, la création de la voie palatine est infiniment plus simple que la résection du maxillaire. La voie nasale est simple aussi. Mais, après l'opération préliminaire, il reste à détruire le polype. Sans doute les méthodes lentes ne sont pas aussi simples que l'arrachement, mais elles possèdent du moins au plus haut degré la troisième qualité requise, la *bénignité.* Il faut, en effet, se rappeler que les instruments tranchants ne doivent jamais être portés sur les polypes. Seuls les procédés non sanglants de la cure lente mettent à l'abri de l'hémorragie, le principal, je dirais presque l'unique accident des polypes naso-pharyngiens. C'est donc à ces procédés qu'il faut s'adresser de préférence, et pour qu'ils produisent tout leur effet, il est indispensable de tenir ouverte la voie d'accès sur le polype. On a dit qu'il était inutile de voir le point d'implantation de la tumeur, que le doigt permettait fort bien de le sentir et de découvrir les récidives qui peuvent se manifester. Eh bien, non, sentir avec le doigt ne suffit pas, il faut voir. Il faut que les malades puissent voir eux-mêmes ce qui se passe dans leur palais. Sans cela ils reviennent trop tard. Il ne faut pas, dans la cure des polypes naso-pharyngiens, laisser de longs entr'actes. Les malades ne doivent pas être exposés, s'il se peut, à des récidives successives trop nombreuses. On ne doit les lâcher que guéris. La réparation immédiate du voile ne me paraît donc pas admissible. Sans compter que c'est bien un petit ennui que d'être obligé de diviser le voile et de le séparer plusieurs fois de suite en cas de récidives successives. M. Ollier, qui emploie volontiers, comme vous le savez, la rhinotomie a dû, dans un cas, rouvrir quatre fois le nez. C'est vraiment excessif.

On a dit ici dernièrement : si vous avez affaire à des petits polypes, employez des petites opérations. Ce n'est pas du tout mon avis. Les petites opérations conviennent parfaitement aux plus volumineux polypes, et chez ceux-là, précisément, les grandes opérations sont très graves. J'ai conservé assez longtemps comme infirmier dans mon service un jeune homme présentant les caractères suivants :

Il était atteint d'un très volumineux polype avec prolongements dans le nez, le sinus maxillaire, la fosse temporale; la face présentait la déformation classique bien connue. Chez lui, dans un premier temps, j'ai fendu le voile du palais et réséqué une partie de la voûte. Le polype, à l'étroit dans le nez et le pharynx, se précipite pour ainsi dire dans la bouche. Trois jours après, je passe l'anse galvanique sur la partie saillante et j'en résèque un fragment de 3 centimètres d'épaisseur. Au bout de quelques jours, je creuse dans la tumeur, avec le thermo-cautère, trois puits de 3 à 4 centimètres de profondeur et, de temps en temps, je bourre ces cavités avec de la charpie imbibée d'acide chromique. Sous nos yeux la tumeur s'atrophie; les prolongements s'affaissent, diminuent, disparaissent. Bientôt le polype tout entier se réduit à une coque, laquelle finit par se rétracter et par venir à rien. Finalement le malade guérit complètement. C'était la pratique de Nélaton, et je déclare qu'elle est parfaite. Le choix du caustique est ici tout à fait important. L'acide chromique est le meilleur de beaucoup. Le chlorure de zinc, le beurre d'antimoine donnent quelquefois un coup de fouet à la maladie.

Je disais tout à l'heure que le malade est guéri. Ce n'est pas assez dire. Il est guéri, et guéri sans déformation de la face. Ce détail a bien sa valeur. C'est maintenant un beau garçon. La voûte palatine est restée ouverte; mais sans autre inconvénient qu'un peu de nasonnement. Cette fente palatine vous paraîtrait-elle trop ennuyeuse? Il est facile de la corriger par un dentier en caoutchouc. Cette petite infirmité est-elle comparable à celle qui résulte de l'ablation du maxillaire supérieur. Je sais bien que la déformation résultant de cette résection est souvent peu marquée chez l'adulte; mais elle l'est pourtant toujours à un certain degré.

A ce propos, je dois signaler un fait que j'ai regretté de n'avoir pas prévu.

Chez un petit garçon de 10 ou 11 ans, j'ai réséqué, il y a déjà longtemps, un maxillaire supérieur. Je n'avais pas réfléchi à ceci, que la face n'ayant pas acquis son développement normal, la croissance du maxillaire restant allait modifier singulièrement l'aspect du jeune sujet. C'est ce qui est arrivé. La face a pris sous cette influence une physionomie des plus étranges. Mon petit opéré est en somme tout à fait laid.

M. Picqué. Le hasard m'ayant permis d'observer depuis quinze mois à l'hôpital Lariboisière quatre cas de polype naso-pharyngien dont trois personnels et un à M. le professeur Berger, je vous demande la permission d'ajouter quelques réflexions à celles qui vous ont été présentées dans la dernière séance. Ces quatre malades ont été opérés par la voie palatine. Je vous ai déjà entretenu du premier, l'année dernière. Les trois derniers furent opérés pendant les vacances. Mon excellent maître M. Berger voulut bien

me faire l'honneur de m'assister dans mes deux cas : je l'assistai moi-même quand il opéra le sien.

La réunion immédiate ne fut faite dans aucun cas :

J'ai déjà eu l'occasion de vous dire que dans mon cas de l'année dernière, je fis revenir le malade six mois après l'intervention ; à ma grande surprise, la réparation s'était faite spontanément. Je n'ai pas eu à y retoucher, car il ne restait qu'une fistulette insignifiante qui ne donnait lieu à aucun trouble fonctionnel. C'est dans ces conditions que je vous l'ai présenté.

Dans les trois derniers cas, l'hémorragie opératoire avait été fort abondante : il s'agissait, comme dans mon premier cas, de fibromes télangiectasiques. Je dus faire un tamponnement sévère qui a rendu toute réparation immédiate impossible : chez l'un d'eux, il se produisit au moment de l'enlèvement du tampon, c'est-à-dire vers le sixième jour, une hémorragie nouvelle qui nécessita un nouveau tamponnement. Depuis, aucun écoulement ne s'est produit ; le malade attend l'autoplastie avec impatience. M. Berger m'a dit que le même incident s'était produit chez le sien : J'avoue qu'avec l'autoplastie immédiate, il m'eût été bien difficile d'opérer un tamponnement suffisant, et l'hémorragie qui se produisit alors fut très rapide et même inquiétante. Elle s'arrêta de suite avec la compression, mais il fallut lui faire une injection de sérum et je crois que la perte de temps qu'eût nécessité la réincision du voile du palais, aurait pu lui être très préjudiciable.

Je tiens à faire remarquer qu'il ne persistait chez ce malade aucun fragment de la tumeur : le pédicule avait été inspecté par M. Berger et par moi-même au moment de l'opération ; il le fut depuis, et d'ailleurs le malade est aujourd'hui complètement guéri et je ne sais vraiment à quoi attribuer l'hémorragie considérable que j'ai observée. Peut-on invoquer les végétations adénoïdes très hypertrophiées dont M. Gougenheim constatait, il y a quelques jours, l'existence autour du point d'insertion du pédicule chez mon premier malade ?

Chez mon dernier opéré, il s'est produit une circonstance, fort intéressante au point de vue de la question soulevée par notre collègue Tuffier.

Ce malade avait été opéré avec l'assistance de M. Berger ; toute la tumeur, y compris le pédicule, avait été enlevée : au bout d'un mois environ, sans qu'il y ait eu d'hémorragie au moment du premier pansement, comme dans le cas précédent, survinrent plusieurs hémorragies dont l'une fut assez importante pour anémier rapidement le malade.

A l'examen direct, je constatai une récidive au niveau du pédicule consistant en un bourgeon rougeâtre de médiocre volume.

L'examen de la tumeur enlevée n'a pas été fait ; mais son aspect était bien celui des fibromes ; la nature de la récidive n'a pas été déterminée au point de vue histologique, mais ce que je puis affirmer c'est que sous l'influence d'un attouchement au chlorure de zinc en solution au douzième et aussi après les cautérisations que M. Gougenheim a eu l'obligeance de pratiquer au galvano-cautère, les hémorragies ont cessé et la tumeur a presque entièrement disparu. Je ne saurais évidemment répondre que cette guérison est bien définitive.

Je suis au résumé de l'avis de mon collègue Nélaton ; à part des cas exceptionnels, je crois qu'il est préférable de laisser la brèche ouverte, pour réprimer facilement les hémorragies du début, pour surveiller les récidives et les traiter utilement.

Je voudrais, en terminant, dire un mot de la voie à utiliser pour l'extirpation des polypes naso-pharyngiens. Si j'en parle, c'est que la question a été soulevée par M. Quénu.

Si j'ai bien compris notre collègue, la voie palatine ne convient pas aux formes sarcomateuses sujettes à récidives et c'est à l'ablation du maxillaire qu'il faut recourir ; aussi c'est chez l'adulte que la résection doit de préférence être pratiquée. Mais c'est du polype naso-pharyngien dont il s'agit ici : pour avoir le même siège et quelquefois les mêmes symptômes du début, le sarcome des fosses nasales, est une affection absolument différente et qu'il ne faut à aucun prix rapprocher du polype même quand ce dernier doit, ainsi que l'a fait judicieusement remarquer M. Quénu, récidiver sous forme de sarcome. Je comprends que le sarcome des fosses nasales justifie les plus grands délabrements. En est-il de même du polype : c'est ce que je ne saurais admettre. La brèche palatine est bien suffisante pour surveiller la récidive, si elle se produit, et je crois que la résection du maxillaire n'est pas indispensable pour la surveillance du pédicule ; je pense que cette opération si mutilante ne convient qu'aux cas où la tumeur a envahi le sinus, c'est-à-dire aux polypes dont l'extension se fait du côté du maxillaire, et aussi dans les formes télangiectasiques qui exposent à des hémorragies rapidement mortelles, si la brèche n'est pas suffisante à pratiquer une hémostase immédiate et étendue.

Dans les cas que j'ai eu l'occasion d'opérer, il s'agissait cependant de formes télangiectasiques qui me donnèrent des hémorragies importantes qui purent être facilement réprimées par la brèche palatine et je tiens à faire remarquer à ce propos en terminant, que j'ai pu me passer de la trachéotomie préventive que je vous avais présentée dans mon observation de l'an dernier, comme une opération indispensable dans les cas de ce genre.

C'est sur le conseil de mon cher maître, le professeur Berger, qui

surmonta mes appréhensions, que je me décidai à opérer sans y avoir recours.

Je m'en félicite aujourd'hui, car je crois réellement qu'avec une bonne assistance et une grande rapidité opératoire, on peut, dans la position de Rose, conjurer efficacement les craintes d'écoulement sanguin dans les voies respiratoires.

M. Berger. Il y a bien longtemps déjà que j'ai vu pratiquer les *méthodes parcimonieuses* dans le traitement des polypes naso-pharyngiens. Mes premiers maîtres, Denonvilliers, Nélaton, Gosselin, y avaient toujours recours. Denonvilliers et Nélaton, après avoir ouvert la brèche palatine, attaquaient la tumeur par l'électrolyse. Gosselin, par la même voie, utilisait les flèches au chlorure de zinc. J'ai vu plus tard Trélat se servir de la cautérisation ignée. C'est cette dernière pratique à laquelle je me suis rattaché pour les cas où je n'ai pas voulu recourir à l'exérèse directe. Je n'ai jamais employé l'acide chromique, et quoique, vers 1872, j'ai eu l'honneur d'être l'interne de M. Verneuil, il ne m'a pas été donné de le voir se servir de ce caustique. Par contre, c'est chez lui que j'ai appris comment, après l'ablation d'un polype, il fallait, pour faire cesser toute hémorragie, s'adresser rapidement aux prolongements de la tumeur laissés en place et qui seuls l'entretiennent. Je me rappelle qu'une démonstration brillante nous en fut faite sur un jeune malade qui guérit d'ailleurs fort bien. Quel qu'ait été l'agent caustique employé, j'ai toujours été frappé de la longueur du temps nécessaire, de l'affaiblissement des malades soumis à des opérations successives, de l'état de demi-septicémie dans lequel ils se trouvent par le fait de leur suppuration pharyngienne. Je me souviens d'un jeune malade de l'hôpital Tenon chez lequel je suis arrivé à faire disparaître par ce moyen un volumineux polype. A mesure que la tumeur diminuait, le malade s'affaiblissait si bien qu'à la fin je dus l'envoyer dans le Midi, où malheureusement une récidive se produisit bientôt.

Il ne faut donc pas méconnaître les inconvénients des méthodes lentes. Je pense, pour ma part, que si l'on peut espérer de pratiquer l'exérèse d'un seul coup sans compromettre la vie du malade, c'est à cette solution qu'il faut donner la préférence. Les polypes moyens ou petits sont le plus souvent dans ce cas.

Comme mode d'accès, la voie palatine est, à mon sens, préférable de beaucoup aux autres. Par elle on arrive facilement sur l'implantation du polype. Ce n'est pas à dire que l'ablation se fera simplement et sans incidents plus ou moins dramatiques. Il faut toujours s'attendre à une hémorragie plus ou moins grave. M. Picqué en a observé une très sérieuse. Elle était due sans doute aux attou-

chements du polype. Il y a plusieurs manières de se mettre en garde contre ces hémorragies ou contre les accidents que ces hémorragies provoquent. Ainsi, la position de Rose, pour le dire tout de suite, est réellement excellente. Nous plaçons le malade de façon à ce que sa tête tombe au-dessous du plan formé par la table d'opération, le vertex soutenu par des alèzes, de façon à éviter une entorse vertébrale. Dans cette position, le sang ne peut tomber dans les voies respiratoires. La trachéotomie est donc au moins inutile. Elle ne pourrait que nuire au malade.

L'hémorragie est certainement importante dans bien des cas. Elle pourrait devenir dangereuse par son abondance. Aussi est-il nécessaire de la modérer. L'opérateur doit avoir toujours une éponge à la main. Dès qu'une section a été faite, on comprime la brèche et l'on attend. Au bout de quelques instants, l'écoulement sanguin est singulièrement diminué. Mais le meilleur moyen de modérer l'hémorragie, c'est encore de faire l'ablation très complète de la tumeur brusquement avec la grosse pince, surtout après un bon coup de rugine donné sur le point d'implantation. Dès que la tumeur est enlevée, on comprime vivement, et il faudrait être bien malheureux pour que l'hémorragie persistât au point de devenir mortelle. Je conviens que l'opération est toujours sérieuse.

Lorsque la tumeur est enlevée, il faut pour les premières heures installer une compression sérieuse. Bien rares sont les cas où l'on peut se passer de cette précaution. A ce point de vue, je craindrais la réparation immédiate ; nous bourrons donc le pharynx de gaze iodoformée ou salolée. Ces tampons tombent souvent de bonne heure ; mais ils ont joué leur rôle.

Pour la surveillance des récidives, la réparation immédiate me paraît aussi fort gênante ; mais je n'insiste pas.

Je n'insisterai pas non plus sur la question de la nature ou des transformations des polypes naso-pharyngiens. Je n'y crois pas beaucoup. Les plus grosses végétations et les plus graves en apparence peuvent guérir. J'ai vu un malade devenu hémiplégique guérir à la fois de sa tumeur et de son hémiplégie.

Toutes les fois que l'on est en présence de véritables polypes naso-pharyngiens à tissu dense, présentant à la coupe l'aspect des fibromes, je pense que l'on doit croire à un fibrome justiciable du traitement par les caustiques. Mais la voie d'accès doit toujours ici rester bien ouverte.

M. Quénu. Il m'est impossible de reprendre en détail toute l'argumentation de mes collègues. Je m'arrêterai seulement sur quelques points.

Je maintiens que la question de nature des tumeurs naso-pha-

ryngiennes est des plus importantes. Les sarcomes sont toujours graves. On n'y touche pas impunément. Les fibromes mous sont des fibromes télangiectasiques, presque des angiomes. La cautérisation leur convient parfaitement. Ils ne récidivent point.

On abuse d'ailleurs du mot récidive. Ces malades que l'on traite par des interventions successives ne sont point atteints, en réalité, de récidives. On a affaire à des portions de tumeur non enlevées et qui végètent de nouveau tout simplement. M. Berger a dit d'excellentes choses lorsqu'il a établi qu'il valait mieux enlever toute la masse d'un coup. Je me rallie complètement à sa manière de voir.

Je suis heureux aussi d'être d'accord avec M. Berger à propos de la voie à choisir. Je suis partisan comme lui de la voie palatine pour les polypes fibreux vrais ; mais je préfère l'ablation du maxillaire supérieur pour les tumeurs malignes.

Reste la question de la restauration immédiate. Tout a été dit sur la surveillance de la récidive ; mais M. Picqué a indiqué un nouvel argument sur lequel s'appuie M. Berger, la nécessité de faire le tamponnement post-opératoire. Je crois précisément que ce tamponnement s'exécutera beaucoup mieux avec un voile réparé comme soutien. Je ne m'explique pas comment des tampons, soutenus uniquement par la langue, pourront rester en place un temps suffisant.

Enfin il m'est impossible de faire bon marché des inconvénients de l'ouverture permanente du palais. Elle provoque parfois une déformation secondaire de la voûte palatine qui, chez un de mes malades, était devenue ogivale. D'ailleurs, le malade dût-il seulement nasonner toute sa vie, ce serait encore une infirmité fâcheuse.

M. Verneuil. Au lieu de modérer les hémorragies par la compression, je pense qu'il vaut mieux les éviter par une technique rigoureuse. Chez le malade dont je parlais tout à l'heure, je n'ai pas perdu 100 grammes de sang. La simple section du voile, faite au bistouri, entraîne quelquefois une hémorragie formidable. Chez un malheureux enfant, elle a été suivie de mort au bout de deux jours. Il faut donc sectionner le voile au thermocautère, lentement, puis attendre quelques jours avant d'agir sur le polype. Celui-ci doit être touché le moins possible en surface, mais attaqué dans sa profondeur par la cautérisation. Celle-ci seule est innocente. Il ne faut pas oublier que les pinces les plus solides se tordent souvent sur les pédicules des polypes, et que la mort est survenue quelquefois dans les tentatives d'arrachement.

Présentation de malades.

Cancer de l'œsophage; gastrostomie.

M. SEGOND. Ce malade, âgé de 68 ans et atteint d'un cancer de l'extrémité inférieure de l'œsophage, a été opéré en un seul temps sans procédé spécial. J'ai pris soin seulement de faire une petite ouverture stomacale et de la placer au niveau de la petite courbure. Il ne perd jamais une goutte de liquide et s'alimente fort bien.

Discussion.

M. LE DENTU. Je préfère l'opération en un seul temps, et j'opère comme l'a fait M. Segond, cela pour deux raisons. D'abord il n'est pas toujours facile de retrouver pour l'ouvrir un petit pli de l'estomac perdu au fond d'une plaie suturée. Puis dans bien des cas il faut agir vite.

M. MICHAUX. Je pense comme M. Le Dentu que l'ouverture secondaire de l'estomac est parfois difficile. Chez deux malades où je l'ai tentée, j'ai eu bien du mal et dans un de ces cas j'ai dû donner un peu à l'aveugle un coup de trocart qui s'est heureusement trouvé bien placé ; mais je me suis promis de ne pas recommencer.

M. PEYROT. J'ai éprouvé moi aussi les mêmes difficultés.

M. SCHWARTZ. J'ai pratiqué quatre fois la gastrostomie en deux temps et je n'ai jamais eu de peine à la terminer. J'ai trouvé facilement l'estomac grâce à la précaution que je prend toujours de traverser par un fil le pli de l'organe que je fixe à la paroi. Ce fil sert de guide lorsqu'il s'agit d'ouvrir l'estomac.

Présentation de pièces.

1° Pièces de gastro-entérostomie pratiquée avec le bouton de Murphy.

M. QUÉNU montre les pièces résultant de l'autopsie d'un malade qui a succombé dans le collapsus quarante-deux heures après la gastro-entérostomie. Il est facile de voir que déjà à ce moment, après l'enlèvement du bouton de Murphy, on trouve l'estomac et l'intestin à l'état d'adhérence parfaite et solide.

2° *Kyste hématique volumineux de la capsule surrénale.*

M. Routier. La pièce que j'ai l'honneur de présenter provient d'une femme de 35 ans qui depuis trois ans environ avait été prise de douleurs violentes dans la région de l'épigastre avec vomissements ; depuis six mois environ, elle avait senti son ventre grossir et se plaignait d'une tumeur occupant l'hypochondre gauche.

Cette tumeur volumineuse, semblait se cacher sous les fausses côtes et descendait dans la fosse iliaque ; elle débordait un peu la ligne médiane, mate dans toute son étendue, elle présentait seulement à ce niveau un point fluctuant.

C'est ce qui me détermina à l'attaquer par une laparotomie médiane sus-ombilicale ; j'ai dû traverser d'abord les quatre feuillets épiploïques, puis je la ponctionnai et en retirai 1.600 grammes d'un liquide brun noirâtre. Il me fut impossible d'établir ses connexions anatomiques, et ses adhérences aux parties profondes m'engagèrent à me contenter de la marsupialisation.

Malheureusement les sutures étaient très tendues, deux de ces sutures ont coupé, et la malade est morte de péritonite due à ce que le reste du contenu de la poche s'est répandu dans le péritoine.

Voici la note que m'a remise M. le Dr Pilliet, le très distingué conservateur du musée Dupuytren.

Kyste hématique de l'arrière cavité des épiploons.

La poche kystique est limitée par la rate, le pancréas et le rein gauche. Elle est composée d'un tissu fibreux très dur, d'une épaisseur variant entre un demi-millimètre et 8 millimètres. La rate en est facilement isolée par la dissection ; le pancréas de même ; le rein est libre en partie, mais sa moitié inférieure se fusionne avec la paroi externe de la poche fibreuse et se confond avec elle. Les rapports du kyste sont donc plus intimes avec le rein qu'avec les deux autres organes. On ne retrouve pas la capsule surrénale à la périphérie de la coque. La surface interne du kyste est très légèrement veloutée, elle est noirâtre ; et cette couleur n'est pas celle du sang, mais celle du pigment sanguin transformé par les cellules du tissu conjonctif ou des organes destructeurs du sang. Cette couleur seule fait penser à une tumeur développée dans la capsule surrénale, car on la retrouve dans les cellules pigmentées de cet organe.

L'examen histologique porte sur trois points différents de la tumeur, points choisis à cause de leur inégale épaisseur. Dans le point le plus épais, au contact du rein adhérent, le kyste montre une paroi externe composée de tissu conjonctif lamellaire d'aspect cornéen. Ce tissu est traversé par des vaisseaux sanguins et lymphatiques largement développés. Au-dessous de la paroi interne qui se distingue par sa teinte

bistrée, ces vaisseaux forment un plan très fourni de capillaires surtout sanguins, qui sont distendus par des globules rouges. Au-dessus viennent des franges villeuses assez longues, flottant dans la cavité et dont l'extrémité libre est sphacélée. Ces franges représentent le squelette conjonctif d'une série de glandes en tubes, ou plutôt de boyaux cellulaires parallèles à la paroi ; et, en effet, dans la partie profonde, on retrouve les éléments cellulaires qui remplissaient autrefois ces tubes. Ces éléments sont polyédriques, irréguliers, ratatinés, tassés dans des tubes assez larges, ne laissant pas de lumière centrale à ces tubes ; ils sont chargés de pigments d'un brun ocreux. Le même pigment infiltre les cellules fixes subsistant encore dans la trame conjonctive. On se trouve donc en présence d'une portion de capsule surrénale, très altérée dans sa structure, adhérente à la capsule épaissie du rein par sa face externe, s'ouvrant dans une cavité hématique à sa face interne.

Dans les points d'une épaisseur moyenne, on retrouve dans les coupes ces mêmes franges villeuses, infiltrées de pigment sanguin et de débris de globules, présentant la couleur brunâtre spéciale de la méthémoglobine ; il existe entre ces franges des nappes de tissu lisse pigmenté, chargé de cellules granuleuses, et, par places, des débris de tubes surrénaux. Dans les points très minces, au contraire, la nappe pigmentée existe seule et l'on ne retrouve pas de boyaux glandulaires.

En résumé, d'après tous ces caractères, il s'agit d'un kyste hématique central de la capsule surrénale gauche. La capsule a été distendue, et ses éléments, très altérés du reste se retrouvent surtout au niveau de son point de contact normal avec le rein.

Les hémorragies des capsules surrénales sont assez fréquentes chez le nouveau-né. On les retrouve chez l'adulte et M. Deroubaix, dans sa thèse sur ce sujet en rapporte un certain nombre d'exemples variant du volume d'une noisette à celui du poing. Elles peuvent être liées à l'existence d'un adénome surrénal, affection très fréquente, et sont alors comparables à celles qu'on voit dans l'adénome hémorragique du rein. Dans le cas ci-dessus, la destruction de la capsule est trop complète pour qu'on puisse y retrouver les vestiges d'un adénome ; mais ce point de départ est fort probable. M. Letulle, d'une part, moi-même d'autre part, avons présenté à la Société anatomique des adénomes centraux pigmentaires de la capsule surrénale qui représentent en miniature la lésion que nous observons.

D'autre part l'expérimentation faite soit avec des toxiques (Pilliet), soit avec des toxines (Charrin, Langlois, Roger), détermine des hémorragies centrales du rein succenturié, mais il est extraordinaire de rencontrer une poche hématique aussi étendue.

Discussion.

M. Reclus. J'ai eu l'occasion d'ouvrir un kyste semblable à celui que M. Routier vient de nous montrer ; mais il m'a été impossible de savoir quel était son point d'origine, le malade ayant parfaitement guéri. Pour sortir d'embarras, j'ai fait examiner des fragments de la poche par un anatomiste très compétent. Après un premier examen on m'a répondu qu'il s'agissait d'un kyste du mésentère ; mais bientôt cette opinion se trouva modifiée et on m'assura que la paroi représentait un fragment de pancréas. Enfin un examen nouveau fit déclarer que les modifications subies par cette paroi étaient telles qu'il était impossible de rien répondre.

Une place de membre titulaire est déclarée vacante.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le Secrétaire annuel,
Peyrot.

Séance du 19 décembre 1894.

Présidence de M. J.-L. Championnière.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Les journaux et publications périodiques de la semaine.

Rapport

Sur un travail de M. Mignon, intitulé : *Abcès cérébral d'origine otique. Trépanation. Guérison.*

Rapport par M. Picqué.

Messieurs, vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur un cas très intéressant d'abcès cérébral que vous a lu récemment M. le Dr Mignon, professeur au Val-de-Grâce.

Je vous présenterai tout d'abord un résumé succinct de cette remarquable observation.

Il s'agit d'un homme de 24 ans, caporal au 132e de ligne, et qui présentait dans ses antécédents une suppuration de l'oreille moyenne du côté gauche.

En mai 1894 il fut pris pour la troisième fois, d'une suppuration de l'oreille moyenne du même côté à la suite d'une angine. Trois semaines après, cet homme qui avait repris ses fonctions, sans être toutefois complètement guéri, était frappé subitement d'aphasie : au bout de 48 heures éclatent de violentes douleurs céphaliques qui siègent surtout en avant et en arrière, au niveau du front et dans la nuque.

Il existe un point très sensible au-dessus du conduit auditif, sur l'écaille du temporal.

La température reste basse à 36°,5 et le pouls tombe à 52, puis à 48 et à 42.

M. Mignon note encore les jours suivants chez son malade, de la raideur tétanique des muscles de la nuque, de la somnolence, du ptosis de la paupière supérieure et de la parésie faciale droite.

Notre distingué confrère n'hésite pas à établir le diagnostic d'abcès sphéno-temporal et à arrêter comme il suit les phases de son intervention :

1° Ouvrir la cavité qui était le point de départ de l'infection cérébrale;

2° Perforer le crâne sur une ligne verticale passant par le conduit auditif, juste au-dessus de la branche horizontale de l'arcade zygomatique, c'est-à-dire en un point où ses recherches antérieures lui laissaient l'assurance de pouvoir faire la ponction au milieu de la deuxième convolution temporale.

Par une première incision verticale rétro-auriculaire, la partie antérieure de l'apophyse mastoïde est mise à nu. L'antre est ouverte et curettée.

L'incision est alors coudée en avant; elle passe horizontalement dans la fosse temporale, à la hauteur du pavillon de l'oreille et s'arrête à 5 centimètres en avant de l'attache antérieure du pavillon.

Avec quelques coups de rugine, M. Mignon dénude en bas la racine zygomatique qui sert de point de repère. La lèvre supérieure est relevée dans une étendue de 3 centimètres.

La surface osseuse ainsi dénudée appartient à l'écaille du temporal et sa portion médiane verticale correspond à l'axe vertical du conduit auditif.

L'écaille présentant déjà des lésions d'ostéite, est attaquée à la gouge et au maillet, l'orifice produit ainsi, est agrandi avec la pince coupante.

La dure-mère est saisie avec une pince et incisée en croix.

Le cerveau présentait une teinte jaune clair et fit rapidement hernie dans l'orifice. Dès la ponction au couteau de Graefe, le pus s'écoula en assez grande abondance, environ 150 grammes; l'aspect en était jaune verdâtre et sans odeur. Les battements du cerveau, dont M. Mignon

avait constaté l'absence, reviennent pendant l'écoulement du liquide, dès que la compression a diminué.

Le cerveau fut incisé transversalement d'un bout à l'autre de l'orifice de trépanation et drainé avec une mèche de 10 fils de catgut.

Réunion partielle de la plaie, pansement à la gaze naphtolée, recouverte de coton hydrophyle.

Durée de l'opération (3/4 d'heure).

La transformation du malade a été presque instantanée, et c'est un fait intéressant à noter.

Les symptômes graves de compression ont disparu dès le réveil chloroformique. En quelques heures, les atroces douleurs de la céphalée fronto-pariétale ont cessé : la mémoire des mots, la lecture et l'écriture sont revenues.

Le ptosis gauche a disparu; le pouls a repris son ampleur, sa régularité et sa fréquence physiologique.

Seule la paralysie faciale a mis un peu plus de temps à disparaître.

Au point de vue des suites opératoires, à part un érysipèle qui céda rapidement aux pulvérisations phéniquées, il nous faut signaler l'apparition d'un encéphalocèle traumatique qui n'entrava pas heureusement le résultat de l'intervention, mais à propos duquel il nous a paru intéressant de suivre M. Mignon dans les renseignements qu'il nous a donnés.

C'est le 20 juin, deux jours après l'opération, que l'auteur en constata l'existence. A ce moment, le cerveau, encore facile à reconnaître par sa coloration, faisait entre les lèvres de la plaie une légère saillie. Le 23, la hernie a le volume d'une noix. La surface prend une teinte grisâtre, avec quelques taches noires de sphacèle.

Elle émerge entre les lèvres de la plaie, et refoule en bas et en avant la lèvre inférieure qui supporte le pavillon de l'oreille.

Le 26 juin, elle atteint le volume d'une mandarine reposant sur une large base, et tellement molle et fluctuante que, plusieurs fois, M. Mignon pratiqua une ponction croyant y trouver du pus.

L'auteur ne crut pas devoir recourir à la compression directe de la tumeur, tant la base était large : la compression digitale était d'ailleurs bien supportée par le malade. N'osant, d'autre part, abraser la tumeur, il se décida finalement à la constriction lente qu'il pratiqua de la façon suivante. Après un lavage au sublimé et au chlorure de zinc de toute la surface de la plaie, M. Mignon détacha prudemment de la substance cérébrale chacune des lèvres du tégument cranien. Puis la base de la hernie fut entourée avec une bande de gaze, serrée légèrement. Le pansement fut complété par l'adjonction des mêmes bandelettes entre les lèvres de la plaie et sur la tumeur. De larges compresses de sublimé, du coton hydrophile recouvrirent toute la région et la tête.

Ce pansement fut très bien supporté et resta six jours en place. A ce

moment, la plaie était détergée; la hernie allongée et rétrécie pouvait, à sa base, être facilement contournée avec le doigt; deux fois le pansement fut refait de la même façon; le 9 juillet, un lien élastique fut appliqué par-dessus la gaze et serré fortement. Le champignon cérébral avait alors un aspect rosé. Dès le 17 juillet, le fongus prend une teinte jaune noirâtre indiquant un commencement de mortification. Le lien élastique est serré davantage.

Le 23 juillet, la hernie présente une teinte noire violacée, le volume en est plus petit. Le pédicule s'est rétréci au point que l'élimination semble imminente. Le drain est alors remplacé par un triple fil de soie qui étreint très fortement le pédicule.

La tumeur complètement sphacelée se détache, le 28 juillet; elle est noire et sèche et grosse du volume d'une petite noix, mais la partie du pédicule adhérente au cerveau reste saillante à travers la perte de substance osseuse. Il y a là une nouvelle masse cérébrale du volume d'une grosse olive.

M. Mignon essaya de la réduire par une compression lente et soutenue, obtenue par une plaque d'ébonite glissée sous les lèvres de la plaie. Voyant que la hernie continuait à grossir, il eut l'heureuse idée de couvrir d'un lambeau autoplastique protecteur la substance cérébrale.

Les deux lèvres de la solution de continuité étant bien avivées, une incision de 8 centimètres fut faite à 4 centimètres de la lèvre supérieure et parallèlement à elle. Le lambeau fut disséqué, amené par glissement jusqu'au bord de la lèvre inférieure et suturé avec le bord. Le résultat fut excellent.

Le 3 octobre 1894, la guérison put être considérée comme complète.

Messieurs, cette observation intéressante fait le plus grand honneur à son auteur et je félicite bien volontiers M. Mignon de la précision de son diagnostic, de la netteté du plan opératoire et de l'habileté avec laquelle il l'a mis à exécution.

Mais elle soulève un gros problème, celui du diagnostic et du traitement des abcès intra-craniens d'origine otique, et je vous demande la permission de prendre prétexte de cette observation pour en aborder l'étude devant vous.

Quand brusquement, dans le cours de l'otite moyenne suppurée, surviennent comme chez le malade de M. Mignon des troubles psycho-moteurs, le plus souvent accompagnés de fièvre, il est évident que le diagnostic d'abcès cérébral d'origine otique s'impose au chirurgien. C'est là le cas simple.

Mais quand l'abcès n'est pas susceptible par son siège de donner lieu à des symptômes fonctionnels, le diagnostic devient chose fort malaisée.

Les efforts des cliniciens à différencier les diverses complications intra-craniennes des otites, n'ont en somme donné jusqu'ici que de maigres résultats.

Si, en effet, dans quelques cas absolument nets, il est possible de distinguer la phlébite, la méningo-encéphalite et l'abcès cérébral, il faut bien avouer que dans les formes ordinaires où elles s'offrent à l'observation, les caractères qu'elles présentent ne sont pas assez tranchés pour devenir pathognominiques. C'est une erreur de croire, avec les classiques les plus récents, que toujours la phlébite s'accompagne de phénomènes de pyohémie; la méningo-encéphalite de phénomènes de contracture et de vomissements, et que l'abcès ne s'accompagnera jamais de symptômes fébriles.

Il faut bien reconnaître, d'ailleurs, que ces complications coexistent souvent; c'est ainsi que Bryan a signalé dans les abcès cérébelleux la coexistence de la phlébite. Barr prétend que la phlébite existe toujours, et Poulsen affirme que l'abcès est toujours lié à la thrombose. Robin, dans son mémoire, constate que sur les 110 abcès cérébraux qu'il a réunis, il n'en a trouvé que 22 isolés et sans autre complication.

Au résumé, la question du diagnostic de l'abcès intra-cranien reste entouré des plus grosses difficultés, quand il n'a pas produit un trouble dans la zone psycho-motrice.

Et, cependant, il faut bien accorder une réelle valeur aux autres signes attribués par Bergmann aux abcès cérébraux.

Et d'abord l'élévation de la température quand celle-ci n'est liée à aucune collection extra-cranienne ou mastoïdienne, mais surtout les symptômes attribués à l'excès de pression intra-cranienne.

Parmi ceux-ci, la céphalalgie tient assurément la première place. Celle-ci, d'abord très légère, peut devenir par la suite extrêmement intense. Elle peut être persistante, nettement localisée en un point toujours le même, comme dans le cas de M. Mignon; le plus souvent, ainsi que je l'ai vu dans les cas qui se sont présentés à mon observation, sous la forme d'une hémicrânie.

Le ralentissement du pouls est un symptôme du même ordre, qu'on trouve relaté dans un certain nombre d'observations et que M. Mignon mentionne dans la sienne.

Les accidents comateux tiennent également une grande place dans l'histoire de ces abcès. Mac Even a sauvé un de ses malades, qu'il trépana dans le coma. J'ai moi-même publié un cas semblable dans les *Annales de laryngologie*, mais mon malade présentait en même temps une exagération de la paralysie d'un côté, ce qui me permit d'arriver facilement sur le foyer.

Selon moi, l'existence de phénomènes comateux ayant éclaté brusquement au cours d'une otite moyenne suppurée, implique une intervention immédiate; mais je crois qu'il en est de même

dans ceux moins graves où l'on n'observe que des douleurs et de la fièvre.

C'est en me basant sur cette indication unique que j'ai pu arriver sur une collection purulente du lobe frontal, chez une malade que m'avait confiée en ville mon cher maître M. Pozzi, et dont j'ai publié l'histoire dans un des derniers congrès de chirurgie. Mais dans ce cas, j'ai hâte de le rappeler, l'abcès reconnaissait une origine traumatique et s'était développé consécutivement à un coup de feu.

Au point de vue du traitement, j'envisagerai d'abord les cas où il n'existe aucune autre origine que la lésion de l'oreille moyenne et dans lesquels aucun trouble psycho-moteur ni aucun trouble fonctionnel ne conduit la main du chirurgien.

Or, ces cas fournissent un des problèmes les plus délicats de la pratique, et je crois qu'il est permis d'affirmer que les règles classiques ne sont pour les chirurgiens d'aucune utilité.

Et d'abord une erreur de nosographie, reproduite dans les traités les plus récents, consiste à étudier dans deux chapitres absolument distincts les abcès cérébraux et les affections suppurées de l'oreille.

D'abord, comme j'ai eu l'occasion de le démontrer dans un travail récent fait en collaboration avec M. Février (de Nancy), la proportion des abcès cérébraux d'origine otique, dans le total général des abcès intra-craniens, est considérable, elle a notablement augmenté dans les statistiques récentes, probablement parce que nous connaissons mieux les relations qui existent entre les maladies de l'oreille et les lésions cérébrales, et cette proportion qu'on peut évaluer à 50 0/0 est encore bien au-dessous de la vérité, si l'on songe que la plupart des cas reconnus et traités avec insuccès par la trépanation, sont le plus souvent dissimulés par leurs auteurs.

Barr a donc eu raison de dire que plus de la moitié des abcès intra-craniens relèvent d'une origine otique.

Il y a plus ; d'après les données classiques, on a tendance à placer dans le cerveau lui-même les collections intra-craniennes que la clinique permet de reconnaître et à en contester l'existence dans les conditions opposées. Or, il existe toute une série de collections intra-craniennes sous-dure-mèriennes assez mal connues jusqu'aux travaux de Hoffmann et de Hessler et sur lesquelles nous avons attiré récemment l'attention. Ces collections, dont l'existence jette un jour si nouveau sur la pathogénie des abcès encéphaliques, auxquels elles servent d'étape intermédiaire, sont beaucoup plus fréquentes que ces derniers. J'ai insisté ailleurs, en m'appuyant sur des pièces anatomiques, sur leur origine et leur coexistence avec

les abcès cérébraux. On voit donc combien on a eu tort d'isoler l'étude de ces derniers dans le cadre nosologique.

Le point sur lequel je désire insister devant vous, c'est que les collections péripétreuses échappent absolument aux règles opératoires établies par les auteurs pour le traitement des abcès encéphaliques. C'est un cas de ce genre où il m'avait été impossible d'arriver sur la collection, alors que les accidents m'avaient poussé à admettre l'existence d'un abcès, qui m'a donné l'idée de reprendre la question tant au point de vue anatomo-pathologique qu'au point de vue opératoire.

En se rappelant la fréquence relative des abcès péripétreux eu égard à la rareté des abcès encéphaliques, surtout de ceux qui ne s'accompagnent d'aucun trouble psycho-moteur, on arrive à cette conclusion que, quand un malade se présente avec les signes d'une collection intra-cranienne (douleurs, fièvre), en l'absence de toute manifestation du côté de l'apophyse mastoïde, c'est à cette collection péripétreuse, si mal connue jusque dans ces derniers temps, qu'il faut songer tout d'abord.

Or, la règle classique pour l'ouverture des abcès mastoïdiens fut en grande partie cause que ces collections restèrent si longtemps méconnues. Ces règles, établies pour l'ouverture des foyers intramastoïdiens à l'époque où la chirurgie cérébrale n'existait pas et où l'ouverture de la boîte cranienne était à juste titre tant redoutée, n'ont plus de raison d'être aujourd'hui.

En s'appuyant sur des cas d'ouverture involontaire de la boîte cranienne au cours de la trépanation de la mastoïde et suivis de mort, à une époque où l'ouverture des cavités splanchniques était si dangereuse, les chirurgiens s'étaient appliqués à éviter cette ouverture par des règles restées longtemps classiques.

Dans ces conditions, on devait passer constamment à côté de ces collections, et le chirurgien devait se trouver le plus souvent amené, après avoir ouvert la mastoïde d'après les règles classiques ou appliqué une couronne de trépan pour découvrir un point du lobe temporo-sphéroïdal, par exemple, à abandonner le malade et à laisser de côté la collection péripétreuse que, le plus souvent, le hasard seul lui permettait de découvrir.

Or, c'est à ce foyer qu'il faut toujours s'adresser quand la collection intra-cranienne n'est indiquée que par la fièvre et les douleurs.

J'ai indiqué dans mon travail que de tous les procédés recommandés pour l'ouverture des collections intra-craniennes, celui qui permettait d'arriver sûrement sur la collection péripétreuse était celui de Wheeler, qui ouvre le crâne à la hauteur du conduit auditif, en avant de la verticale qui divise la mastoïde en deux parties

égales. On arrive de la sorte au niveau de la partie externe de l'angle rentrant formé par le rocher et l'écaille du temporal et très loin du sinus latéral.

Au résumé, je crois que dans les cas fréquents où une otite moyenne suppurée s'accompagnera de phénomènes douloureux et fébriles avec ou sans mastoïdite, il faudra se comporter de la façon suivante :

Ouvrir la mastoïde selon les règles établies récemment par notre collègue Ricard, c'est-à-dire ouvrir le quadrant antéro-supérieur de la mastoïde, puis combiner cette ouverture avec celle du crâne par le procédé de Wheeler, creuser par en haut son trajet opératoire contrairement aux prescriptions classiques.

Ce que certains auteurs, en particulier Forgue et Reclus, considèrent comme exceptionnel, nous pensons qu'il faut en faire désormais une règle quasi-classique. C'est à ce prix qu'aucune de ces collections ne pourra passer inaperçue, à moins qu'elle ne siège trop loin, comme dans un cas que j'ai rapporté dans mon mémoire et où cette collection siégeait au sommet du rocher. Voilà, à mon sens, la conduite à tenir quand il n'existe pas de troubles fonctionnels. C'est, en somme, la voie mastoïdienne qui doit nous conduire sur les collections intra-craniennes, parce que l'anatomie pathologique nous a montré qu'elles ont ordinairement un siège péripétreux, et je suis heureux de m'être rencontré sur ce terrain avec mon collègue Broca qui, dans un mémoire récent, adopte lui-même la voie mastoïdienne que j'avais préconisée.

Quand il existe des lésions mastoïdiennes, faut-il constamment ouvrir le crâne ? M. Broca trouve excessive cette manière de faire, bien qu'il reconnaisse que, dans un cas, elle eût pu lui être de quelque utilité. Quoi qu'il y ait plus d'inconvénients à abandonner une collection péripétreuse qu'à procéder de la sorte d'une façon systématique, néanmoins on pourra attendre, un ou deux jours après la trépanation mastoïde, la disparition des accidents et intervenir à nouveau si ces accidents persistaient encore. C'est une concession que je lui accorde bien volontiers.

Mais jusqu'ici je n'ai parlé que des abcès sans localisation.

Quand il en existe une, comme dans le beau cas de M. Mignon, je ne crois pas qu'il suffise, comme le veut notre collègue Broca, d'agrandir la voie mastoïdienne. Il faut, selon moi, pratiquer d'emblée une trépanation au lieu d'élection physiologique, comme l'a fait le chirurgien du Val-de-Grâce, et conformément aux données classiques.

Je ne vois pas pourquoi l'on se priverait d'une large brèche en ce point, surtout dans les cas difficiles à reconnaître où le foyer cérébral n'est pas contigu.

Mais j'ai insisté dans mon mémoire sur l'utilité de la voie mastoïdienne même dans ces cas, à titre d'opération exploratrice complémentaire, et le succès qu'a remporté M. Mignon ne doit pas faire oublier que c'est là le seul moyen de ne pas laisser passer un abcès sous-dure-mérien ou une phlébite du sinus et de permettre l'exploration du rocher.

Je crois donc que, sans manquer au principe que j'ai posé dans mon travail, il convient de pratiquer dans ce but l'opération complémentaire qui seule pourra mettre à découvert le foyer intermédiaire à l'abcès cérébral et à la lésion d'origine.

Je pense donc, en dernière analyse, qu'on peut résumer la thérapeutique des abcès cérébraux de la façon suivante :

Abcès sans localisation; voie mastoïdienne; abcès avec localisation; incision au lieu d'élection et voie mastoïdienne complémentaire.

Messieurs, je vous propose : 1° de remercier M. Mignon de son intéressante communication; 2° de déposer son travail dans nos archives; 3° de l'inscrire dans un rang très honorable sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national de la Société de chirurgie.

Discussion.

M. Berger. J'adopte entièrement les conclusions auxquelles aboutit l'intéressant rapport de M. Picqué. Je suis absolument d'accord avec lui tant sur les indications de l'opération que sur la voie par laquelle il faut intervenir.

M. Picqué, dans le rapport qu'il vient de nous présenter, me paraît un peu moins radical qu'il ne s'était montré dans le travail qu'il avait publié avec la collaboration de M. Février, dans les *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, en 1892.

Les auteurs de ce mémoire avaient accusé une préférence marquée pour l'ouverture du crâne d'emblée par la voie mastoïdienne, dans les cas fréquents où une otite moyenne suppurée s'accompagne de phénomènes douloureux avec ou sans mastoïdite. Dans ces cas, le chirurgien se trouve en présence d'un problème des plus complexes : y a-t-il complication encéphalique ? quelle est cette complication ?

Le doute n'existe plus, pour la première de ces questions, quand se sont montrés des symptômes cérébraux, délire ou accidents comateux, qui indiquent d'une manière urgente l'ouverture du crâne; à plus forte raison dans les cas relativement rares où l'on observe des phénomènes de localisation psycho-motrices. Mais quand ces caractères font défaut, il me semble impossible de distinguer entre les caractères de la simple rétention du pus dans les

cavités de l'oreille moyenne ou de l'oreille interne, et ceux des complications cérébrales qui peuvent l'accompagner. Aussi, dans les faits de ce genre, je crois plus sage de faire ce que conseille M. A. Broca dans un mémoire très étudié, appuyé sur des pièces et sur des observations nombreuses, qu'il a présenté à la *Société anatomique*. Je crois qu'il est préférable d'ouvrir l'apophyse mastoïde suivant les règles tracées par M. Ricard et après avoir évidé largement toutes les parties osseuses malades, d'attendre, pour aller plus loin, que la continuation des accidents indique l'existence d'un autre foyer plus profondément situé.

Quand, au bout de vingt-quatre heures, la fièvre et les douleurs persistent, je suis tout à fait de l'avis de M. Picqué, qui est aussi celui de M. Broca : il ne faut pas tarder à ouvrir le crâne, à inciser s'il le faut la dure-mère et même à pénétrer dans l'encéphale. J'ai perdu une de mes malades pour avoir différé ; chez elle l'évidement de l'apophyse mastoïde m'avait conduit jusque dans la fosse cérébrale et m'avait permis d'évacuer une collection sous-dure-mérienne assez abondante; je crus avoir assez fait; le lendemain les douleurs et la fièvre étaient les mêmes; j'attendis, et le jour même l'opérée tombait dans le coma et succombait avec les phénomènes d'une suppuration intra-cérébrale. Même lorsque l'on a ouvert le crâne, il ne faut donc pas s'en remettre à l'éruption spontanée de l'abcès par la voie qu'on lui a crée lorsque la fièvre et les douleurs persistent.

Dans le plus grand nombre des cas néanmoins, l'ouverture de l'apophyse mastoïde fera tomber tous les symptômes inquiétants; c'est ce que j'ai presque toujours observé dans les nombreux cas qui se sont présentés dans ma pratique.

Quelle voie convient-il de suivre pour aller à la recherche des complications encéphaliques ? Celles-ci sont de plusieurs ordres : tantôt il y a un abcès encéphalique plus ou moins voisin de la lésion osseuse ; cet abcès lui-même occupe, soit le cerveau, et alors principalement le lobe temporal, soit le cervelet ; quelquefois le bulbe ou la protubérance ; j'ai vu une jeune femme atteinte d'otorrhée purulente qui tomba soudain dans le coma en présentant une hémiplégie alterne : l'autopsie démontra l'existence d'un abcès de la protubérance.

Dans d'autres cas, il n'y a que de la méningite suppurée ou une collection sous-dure-mérienne, coexistant ou non avec un abcès cérébral ; enfin de la phlébite du sinus latéral. En l'absence de signes précis de localisation que font presque toujours défaut, on ne peut se guider pour reconnaître et pour rechercher l'une ou l'autre de ces lésions, que sur deux choses : la fréquence plus grande de l'abcès du lobe temporal qui doit faire incliner dans sa

direction; et l'altération osseuse qui est un guide très sûr dans maintes circonstances.

Après avoir trépané l'apophyse mastoïde dans son quadrant supérieur, on débarrasse tout ce qu'on trouve de sinus osseux malade; c'est comme cela qu'on arrive à voir le tissu latéral isolé et thrombosé au fond de la perte de substance. Un jour qu'une opération de ce genre m'avait conduit jusque dans le crâne, sentant un gros séquestre légèrement mobile, j'agrandis de plus en plus la brèche osseuse pour le libérer et je finis par amener la pyramide, entière ou presque entière du rocher, nécrosée, noire et fétide. Qu'étaient devenues l'artère carotide interne et le golfe de la jugulaire? elles étaient certainement intactes et les lames osseuses qui les limitent n'avaient pas été atteintes par la nécrose. Le malade guérit, mais succomba quelques mois après à la tuberculisation pulmonaire.

C'est en suivant la lésion seulement qu'on pourra reconnaître et ouvrir un abcès du cervelet et, d'une façon générale, une collection intra-cranienne ne se révélant par aucun signe de localisation. De toute façon la voie mastoïdienne indiquée par Wheeler est certainement la voie la plus avantageuse pour ouvrir les collections intra-craniennes puisque sa bifurcation en Y permet de se diriger à volonté soit vers la fosse cérébrale, soit vers la fosse cérébelleuse, vers le lobe temporal ou vers le cervelet, et qu'elle donne accès du même coup vers les collections péripétreuses et vers le sinus latéral s'il s'agit d'une phlébite de ce canal veineux. M. Broca, dans le travail que je citais tout à l'heure, a très bien mis en lumière les avantages que présente ce procédé d'intervention.

Quand il y a des phénomènes de localisation, aphasie ou phénomènes psycho-moteurs, la conduite à tenir n'est pas moins sujette à controverses? Faut-il trépaner d'emblée au siège indiqué par la localisation cerébrale? Faut-il attaquer d'abord la mastoïde? Doit-on faire une intervention double? Je pense, avec M. Picqué, que la conduite si heureusement suivie par M. Mignon est à imiter : il vaut mieux s'adresser d'abord au foyer initial, à l'oreille moyenne, sauf à élargir le champ de l'intervention en agrandissant l'ouverture osseuse du côté des zônes motrices. Dans le cas où la nature des troubles moteurs ferait penser à l'existence d'un foyer de suppuration indépendant et assez éloigné, on pourrait toutefois diriger sur le point indiqué une seconde intervention. Mais il s'agit ici d'une difficulté d'ordre un peu théorique et je ne sais si on l'a observée dans la pratique.

Pour me résumer, je dirai qu'avec M. Picqué je pense que lorsqu'une suppuration de l'oreille moyenne s'accompagne de douleurs profondes et de fièvre, il faut d'abord trépaner l'apophyse

mastoïde au lieu d'élection et s'arrêter là, si la poursuite des lésions osseuses ne conduit pas jusque dans le crâne. Si, au bout de vingt-quatre heures, l'évidement de la mastoïde n'a pas amené la cessation des douleurs et de la fièvre, il faut ouvrir le crâne en se guidant, en l'absence de signes précis, sur les probabilités, c'est-à-dire en se dirigeant en haut vers la fosse temporale. Il est bien entendu que l'ouverture du crâne s'impose d'emblée, quand il y a des symptômes cérébraux manifestes, délire, coma ou phénomènes de localisation.

Je dirai deux mots seulement d'une complication que M. Mignon a observée chez son malade et dont il me paraît s'être exagéré quelque peu l'importance. Je veux parler de *l'encéphalocèle post-opératoire* à laquelle il a opposé la ligature élastique. Deux fois j'ai vu cet accident, si c'en est un, se produire chez des sujets auxquels j'avais fait subir de vastes pertes de substance de la voûte cranienne, dans un cas à la région frontale, dans l'autre à la région pariétale, pour des lésions traumatiques graves avec attrition énorme de la substance cérébrale. La tumeur qui s'était manifestée au bout de quelques jours, conserva pendant plusieurs semaines des dimensions considérables ; mais quoique je n'eusse rien fait pour en diminuer le volume, après quelques éliminations superficielles, elle diminua graduellement et, dans l'un et l'autre cas, je la vis prendre part à la constitution de la cicatrice superficielle qui fut plutôt déprimée que saillante. Je ne crois donc pas nécessaire de recourir à l'ablation de ces tumeurs dues à la prolification du tissu conjonctif de l'encéphale sans grande participation des éléments nobles ; et quoique je ne blâme nullement ceux qui les font tomber avec la ligature élastique, avec le thermocautère ou avec le bistouri, il ne me semble pas que cette intervention soit nécessaire, ni même qu'elle abrège notablement le temps de la guérison.

M. Routier. L'observation que vais vous communiquer viendrait à l'appui des conclusions de notre rapporteur, c'est-à-dire que dans ce cas de suppuration de l'oreille avec abcès mastoïdien, il eût fallu d'emblée aller jusque dans le crâne, mais aucun symptôme ne commandait cette intervention, et je ne vois pas encore après ce rapport quels sont les symptômes qui devraient nous guider pour dire dans tel cas contentez-vous de la trépanation ordinaire de la mastoïde, dans tel autre, trépanez le crâne. Voici le fait :

L. G..., âgée de 29 ans, avait depuis l'âge de 12 ans une otite suppurée, qui tantôt donnait un peu de pus, tantôt paraissait guérie. Cet été, une poussée nouvelle survint qui fut soignée par M. le Dr Kraus ; mais vers la fin d'octobre, cette otite se compliqua, si bien que notre confrère me pria de recevoir cette malade dans mon service pour lui trépaner l'apophyse mastoïde.

La douleur était violente et la température élevée, il n'y avait aucun œdème au niveau de la mastoïde.

Le 6 novembre 1894, j'ouvre l'apophyse mastoïde à la gouge, je tombe sur un foyer de suppuration que j'agrandis, mettant largement en communication avec la caisse.

Le 7, la malade a dormi, ne souffre plus, le pouls est calme, elle a cependant 38°.

Le 8 au soir, 40°.

Le 9, 40°,6, état tout particulier d'anhélation, d'hébétude, elle ne souffre pas, cependant la surveillante me dit qu'elle a poussé toute la nuit des cris qu'elle compare à ceux que poussent les enfants atteints de méningite.

Je ne trouve aucun symptôme, paralysie ou contracture qui puisse me faire affirmer l'existence d'un abcès cérébral, cependant il me semble que l'état est très grave, que la malade s'en va, et je veux tenter une seconde trépanation. La malade refuse.

Le 10, elle a encore 40°, la tête est lourde, elle a crié toute la nuit, elle se décide.

Trépanation sur la verticale passant par le conduit auditif; j'essaie de voir s'il y a un abcès extra-dure-mérien, je soulève avec une sonde canelée la dure-mère, je ne trouve rien. J'ouvre la dure-mère, le cerveau tend à faire hernie, j'enfonce la sonde dans la substance cérébrale, rien.

Revenant dans mon premier foyer de trépanation, je fais sauter avec ma gouge un autre fragment osseux, à la partie supérieure de la mastoïde, il y a peut-être une goutte de pus.

Je nettoie le tout au chlorure de zinc, suture d'une partie de la plaie, tamponnement de la moitié avec gaze iodoformée.

Le 11, la malade se trouve mieux, 37°.

Le 13, après une bonne journée, elle a 40° le soir.

Le 14, le pansement est souillé d'une très grande quantité de pus, comme si un foyer s'était ouvert à travers la brèche osseuse, elle a 37°.

Depuis, la tête paraît très bien, et aujourd'hui la suppuration est presque tarie.

Elle a fait consécutivement une pleurésie séreuse à droite, que j'ai ponctionnée le 26 novembre et j'ai eu 800 grammes de liquide.

Puis pleurésie à gauche que j'ai ponctionnée le 28 novembre avec 800 grammes de liquide.

Cette pleurésie gauche s'est reproduite et je l'ai reponctionnée le 9 décembre avec 950 grammes de liquide.

Dès lors la température n'a plus monté et la malade se lève.

J'ai eu certainement à faire dans ce cas à une de ces collections purulentes péripétreuses dont nous parlait M. Picqué, mais rien, je l'avoue, ne pourrait me la faire soupçonner au début, et je ne vois pas un un seul symptôme qui aurait au début pu me guider et me faire faire lors de ma première intervention une trépanation totale,

c'est cependant par cette seconde trépanation que j'ai sauvé ma malade.

Il faudrait donc tâcher d'établir la valeur réelle de la douleur, de la température, etc., etc., afin d'avoir une base sur laquelle pût être établie notre règle de conduite.

M. Schwartz. Je me joins absolument à notre collègue, le professeur Berger, pour appuyer ses réserves au point de vue de la trépanation de l'apophyse mastoïde ou ouverture immédiate du crâne.

J'ai pratiqué une vingtaine de trépanations de l'apophyse mastoïde pour des mastoïdites suppurées compliquant l'otite moyenne suppurée. Jamais je ne me suis repenti de m'être arrêté à cette opération largement faite, et je n'ai jamais eu besoin de recourir à la trépanation cranienne.

Tout dernièrement, je me suis trouvé en présence d'un cas qui m'a fait hésiter un peu et qui me paraît intéressant à vous signaler pour vous montrer combien il est difficile, quelquefois, de faire un diagnostic précis.

Chez un homme d'une cinquantaine d'années, atteint d'otite moyenne suppurée avec mastoïdite, je fis la trépanation large de l'apophyse mastoïde. Le malade alla bien pendant trois jours, puis, subitement, il fut pris d'une température de 40° et de douleurs atroces dans la région lombaire, peu à peu, sans phénomènes paralytiques ou de contracture, il fut pris de coma et mourut. A l'autopsie, nous trouvâmes, comme nous l'avions diagnostiqué pendant la vie, un foyer de méningo-myélite suppurée qui se prolongeait jusqu'en haut ; il y avait de la méningite cérébro-spinale, et cela sans qu'il y eût aucune lésion de communication directe avec les lésions du rocher ou de l'apophyse mastoïde.

M. Championnière. Je n'adresserai au travail de M. Picqué qu'une seule critique. Sa manière de présenter les suppurations intra-craniennes dans leur rapport avec les suppurations de l'oreille est vraiment trop simple. Cette gradation des symptômes n'est pas dans la nature. Les choses sont beaucoup plus compliquées et quelque soin que l'on mette à observer les malades, le diagnostic reste souvent incertain. Aussi la vérité est-elle dans ceci qu'il faut d'abord ouvrir le mastoïde et que l'on doit savoir s'en tenir là, lorsque l'on ne découvre aucune raison d'aller plus loin.

M. Picqué. Je suis heureux de voir que la voie mastoïdienne que j'avais proposée a été acceptée par tous nos collègues. Quant aux réserves formulées par MM. Berger et L. Championnière dans les cas de mastoïdite, je les ai faites moi aussi, revenant en cela sur

une opinion peut-être un peu trop exclusive que j'avais formulée dans mon mémoire.

Je pense en résumé qu'il faut bien distinguer les cas où il existe ou non une mastoïdite.

S'il n'existe pas de mastoïdite, il faut aller par la voie mastoïdienne à la recherche du foyer péripétreux, sauf à faire une trépanation au lieu d'élection, s'il existe une localisation psychomotrice.

Quand il existe, au contraire, une mastoïdite, il faudra tout d'abord se borner à une trépanation mastoïde, sauf à entrer dans le crâne par cette même voie, si les accidents ne s'amendent pas.

Notre collègue Routier a obtenu un beau succès en suivant cette pratique.

On ouvrira de la sorte toutes les collections accessibles.

Il est certain qu'il est des collections qui échapperont à notre action. J'en ai cité des cas. Celui de M. Schwartz rentre dans cette catégorie.

Présentation de malades.

1° *Sarcome à myéloplaxes de l'extrémité inférieure du fémur (Condyle interne). Résection typique du genou. Absence de consolidation. Electrolyse. Guérison.*

M. Schwartz. J'ai l'honneur de vous présenter un malade opéré il y a juste sept mois aujourd'hui, d'une résection du genou, pour une lésion néoplasique de la partie condylienne du fémur avec envahissement de l'articulation et prise, avant l'intervention, pour une tumeur blanche.

Voici l'histoire de notre opéré, et la description de la pièce anatomique.

B. E..., âgé de 35 ans, coiffeur, entre dans notre service à l'hôpital Cochin, le 16 mai 1894. Rien à noter de saillant au point de vue héréditaire. Il a été très bien portant jusqu'en 1887, année où il eut une bronchite qui dura trois mois, mais qui finit par guérir tout à fait.

En décembre 1891, à deux reprises, en faisant un effort il ressent un fort craquement dans le genou gauche, après être tombé sur le genou.

Il entre une première fois à l'hôpital Cochin en 1893; on diagnostique alors une arthrite tuberculeuse du genou avec épanchement par laquelle on fait une ponction puis une injection de glycérine iodoformée à 10 0/0 (50 grammes). Appareil plâtré. Le malade sort le 10 août complètement débarassé de l'épanchement, mais gardant toujours de la résistance du genou et une impossibilité de le plier et de l'étendre complètement.

Vers le 15 avril 1894, il glisse ; son genou fléchit et il tombe. Il entre alors à l'hôpital Lariboisière avec une articulation très tuméfiée et douloureuse et impossibilité des mouvements. On l'immobilise pendant quatre semaines dans un appareil plâtré. Il entre à Cochin.

L'examen nous montre à la vue un genou globuleux, légèrement fléchi, la saillie du fémur s'arrêtant nettement au niveau de l'interligne articulaire ; il ne semble pas que le tibia soit atteint. La flexion est à 120° environ. Pas de changement de couleur de la peau qui est partout mobile.

A la palpation, il y a une élévation de température locale notable. L'extrémité inférieure du fémur est nettement augmentée de volume en même temps que l'on sent des masses molles comme fongueuses dans le cul-de-sac sous-tricipital et au dessous des ailerons de la rotule mobile. Le tibia paraît intact, il est subluxé en arrière sur les condyles fémoraux. Point très douloureux à la partie interne du condyle interne du fémur. Rien sur le tibia. Circonférence de l'articulation : 39 centimètres à gauche, $32^{cm},5$ à droite.

Fausse fluctuation dans le cul-de-sac sous-tricipital. Mouvements de latéralité.

Il est impossible de fléchir ou d'étendre le membre sans provoquer de la douleur.

L'examen général de l'état nous montre que tous les organes sont intacts. Cependant au sommet gauche et en avant il y a de l'inspiration succédée avec expiration prolongée. Rien d'anormal dans les urines. Le 21 mai, pensant à une tumeur blanche du genou, nous procédons à la résection typique de l'articulation. Chloroformisation. Hémostase préventive.

Incision en fer à cheval encadrant en bas la rotule. Ouverture de la jointure. Nous sommes immédiatement frappé par l'altération de la synoviale qui est rouge-brun tomenteuse ; sans le moindre liquide sanguin dans l'articulation. Le tibia est tout à fait intact ainsi que la rotule ; mais le fémur est très malade. Large ouverture de l'articulation. Excision de toute la synoviale ; le condyle interne du fémur est transformé en une sorte de coque ouverte en arrière et remplie d'un tissu rouge brunâtre, lie de vin, comme la couleur des fongosités qui tapissent la synoviale. Le condyle externe est moins altéré, mais ramolli aussi par places. Résection de l'extrémité inférieure du fémur. Quoique nous ayons immédiatement songé à un sarcome myéloïde, nous n'avions pas prévenu le malade de la possibilité d'une amputation et de plus même cela étant, les lésions étaient relativement assez localisées pour ne pas nous décider aussitôt à un aussi gros sacrifice.

Avec la gouge, la curette et le thermocautère, on enlève tout ce qui est suspect de l'extrémité inférieure du fémur, puis on abrase juste ce qu'il faut du tibia. Suture métallique des deux os avec un fort fil d'argent. Ni ligature, ni drainage. Pansement iodoformé ouaté ; attelle de Volkmann qui est remplacé dans la suite par une gouttière plâtrée. Guérison sans accrocs.

Le pansement est levé le soixante-dixième jour. On s'aperçoit qu'il

n'y a absolument aucune consolidation. Jambe de polichinelle mobile dans tous les sens malgré la suture métallique. Nous regrettions déjà notre résection et proposions à l'opéré le sacrifice du membre quand nous songeâmes à employer l'électrolyse pour parfaire la consolidation, étant donné qu'il n'y avait aucune trace de repullulation..

On fit six séances d'électrolyse à 45 et 50 milliampères, avec quatre aiguilles chaque fois, soit en tout vingt-quatre piqûres. Les aiguilles furent enfoncées en plein dans la néarthrose profondément, le pôle primitif fut placé sur les aiguilles, le pôle négatif sous forme d'une large plaque, fut appliqué sur la cuisse ou le ventre.

Au mois d'octobre la consolidation avait fait de grands progrès. L'opéré pouvait soulever la jambe et s'appuyer progressivement sur elle.

On lui donna des béquilles qui lui causèrent une double paralysie radiale qui disparut rapidement sous l'influence de la faradisation et du rembourrage des crosses.

Le 19 novembre il quitte l'hôpital par aller à Vincennes.

Il marche facilement sans béquilles avec une bottine à semelle soulevée ; il ne boîte que peu ; le genou n'est pas augmenté de volume, n'est pas douloureux ; il y a une soudure complète des os en extension avec de très légers mouvements antéro-postérieurs plutôt utiles que nuisibles.

Aucune trace de récidive. Excellent état général.

On a fait l'examen histologique et bactériologique des tissus pathologiques enlevés. C'est du *sarcome à myéloplaxes.*

Voici maintenant la description de la pièce :

L'extrémité inférieure du fémur présente au niveau de son condyle interne un gros noyau brun rougeâtre, formé d'un tissu mou, dépressible au doigt, entouré d'une coque osseuse plus résistante ; en un point se voit une lame de tissu compact qui sépare le condyle interne de l'externe en haut seulement, car en bas les condyless ont disjoints par un trait de fracture qui permet des mouvements anormaux des deux saillies l'une sur l'autre. C'est là une fracture pathologique due à l'altération sarcomateuse de l'os.

La rotule est intacte, toute la synoviale est formée d'un tissu mou friable, brun rougeâtre, comme celui qui constitue le noyau du condyle interne.

L'examen microscopique fait par M. le Dr Wurtz, au laboratoire du professeur Straus, a montré qu'il s'agissait d'une tumeur à myéloplaxes et que le tissu fongueux synovial était formé en majeure partie de ces éléments.

Il y avait donc là une lésion sarcomateuse qui était étendue à la séreuse, contrairement à ce qui arrive en général pour les ostéo-sarcomes qui le plus souvent restent osseux et respectent l'articulation voisine.

2° *Restauration du nez au moyen d'un squelette métallique artificiel. Malade présenté* par M. Chaput.

Discussion.

M. Delorme. Le résultat obtenu par M. Chaput est fort intéressant. Il fait honneur à ses efforts ; mais il faut convenir que le redressement est incomplet.

Je reviendrai dans la prochaine séance sur cette intervention en présentant les malades que j'ai opérés moi-même.

Je demanderai tout de suite à M. Chaput si, chez son malade, l'ozène a augmenté.

M. Chaput. L'ozène existait avant l'opération ; il n'a certainement pas augmenté. Avec la méthode que j'ai employée, d'ailleurs, aucune partie du squelette métallique n'est en rapport avec l'air extérieur.

Comme j'ai eu soin de le dire, cette façon de procéder diffère totalement de celle de M. Martin, de Lyon.

3° *Gastrostomie chez un enfant de 4 ans et demi, par le procédé de Franck-Villar, pour remédier à une sténose œsophagienne due à l'ingestion de potasse liquide,* par M. Monnier (M. Picqué, rapporteur).

4° *Tuberculose rénale,* par M. Picqué.

Présentation de pièces.

1° *Sarcome implanté sur la gaine des péroniers latéraux,* par M. Broca.

2° *Épithélioma primitif de la partie supérieure du vagin ; périnéotomie transversale.*

M. Pozzi. C'est surtout au point de vue de la technique opératoire que je vous présente cette pièce.

L'épithélioma primitif du vagin est assez rare.

Il s'agissait ici d'un néoplasme de la partie supérieure séparé du col par un intervalle d'environ deux centimètres : les dimensions du néo-

plasme étaient environ celles d'une pièce de cinq francs. Au-dessous de lui le vagin presque tout entier était sain.

La femme était une multipare d'une quarantaine d'années, à vagin et à vulve d'une certaine étroitesse. Je ne pouvais disséquer la tumeur au fond de cette cavité sans m'exposer grandement à blesser le rectum. Je pris donc le parti de commencer l'opération par le dédoublement de la cloison recto-vaginale de bas en haut, jusqu'au-dessus de la limite du mal; il devait m'être facile ensuite de circonscrire la périphérie de la tumeur ainsi libérée dans la profondeur.

Je pratiquai donc la périnéotomie transversale et je poussai la dissection très rapidement avec les ciseaux, jusque dans le cul-de-sac de Douglas. J'incisai le vagin immédiatement en arrière du col, puis l'accrochant avec des pinces tire-balle, j'attirai la partie malade en bas et je la détachai en quelques coups de ciseaux, prenant bien soin de dépasser largement les limites du mal.

La brèche vaginale ainsi constituée était fort large. Je la diminuai par quelques points de suture et je plaçai une mèche dans le cul-de-sac péritonéal que je ne jugeai pas prudent de refermer entièrement. Quant à la plaie du périnée, je la refermai par trois sutures profondes métalliques disposées à la Lanson Tait et quelques autres sutures superficielles, de manière à affronter largement les surfaces de section.

La malade guérit rapidement par première intention.

L'examen microscopique a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma lobulé.

Je recommande cette technique dans les cas analogues au mien, c'est-à-dire quand il sera difficile de manœuvrer dans un vagin très étroit sans risquer de blesser le vagin. Son originalité consiste dans la dissection d'une grande partie du vagin, saine, pour arriver plus facilement à l'ablation d'une petite partie malade.

Mon observation démontre que ce délabrement, excessif en apparence, est en réalité d'un grand secours sans aucun inconvénient.

Discussion.

M. Routier. J'ai pu enlever deux fois des épithéliomas du vagin, en les attaquant directement par ce conduit.

M. Segond. J'ai pu moi-même pratiquer deux fois la même opération par les voies naturelles. La résection de la partie malade du vagin, puis la suture des bords de la perte de substance ont été faites sans difficulté. Malheureusement, la récidive a été très rapide.

M. Bazy. J'ai aussi opéré de la même manière un épithélioma vaginal. Comme dans les cas de M. Segond, la récidive n'a pas tardé à se montrer.

M. Pozzi. Je pense comme mes collègues que la plupart des épithéliomas du vagin peuvent être attaqués par les voies naturelles. Je ne réserve la périnéotomie dont j'ai parlé que pour les cas où le vagin est étroit et par conséquent peu commode à suivre.

3° *Appendice détaché du cœcum et éliminé avec le pus d'un foyer péri-cœcal.*

M. Delorme rend compte de l'examen d'une pièce présentée dans une séance précédente qui avait été considérée comme une fausse membrane.

Cet examen fait par M. Toupet, au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté, grâce à l'obligeance de M. Poirier, a montré :

« Qu'il s'agissait d'une paroi complètement tubulée par endroits, et formée, à la phériphérie, d'un fausse membrane très mince, reposant sur une tunique conjonctive dense. Celle-ci semble n'être autre chose que la séreuse. Au-dessus de cette séreuse, on trouve quelques fibres musculaires lisses, enfin, au-dessous, une membrane celluleuse lâche. Le tissu ambiant est désagrégé. La succession des couches, leur disposition permettent d'affirmer qu'il s'agit d'une paroi intestinale macérée et digérée. »

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,

Peyrot.

Séance du 26 décembre 1894.

Présidence de M. J.-L. Championnière.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Lettre de M. Prengrueber, demandant un congé de trois semaines pour raison de santé;

3° Lettre de M. Verchère, demandant à être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre titulaire;

4° *Sarcome globo-cellulaire de la tête de l'humérus; Résection de la moitié supérieure de l'humérus ; Guérison définitive depuis plus de onze ans*, par M. Heurteaux (de Nantes), membre correspondant;

5° *Thymus volumineux chez un enfant; Mort dix minutes après la fin de la chloroformisation*, par le professeur C. Bayer (de Prague), (M. Picqué, rapporteur) ;

6° *Anévrisme artériel de la carotide interne au niveau du sinus caverneux gauche; Communication avec le sinus sphénoïdal droit; Hémorragies nasales; Mort; Autopsie*, par M. Guibert (de La Roche-sur-Yon, Vendée), (M. Gérard-Marchant, rapporteur);

7° Lettre de M. le ministre de l'Instruction publique annonçant l'ouverture du Congrès des Sociétés savantes, à la Sorbonne, le 16 avril 1895.

Suite de la discussion sur le traitement des abcès intra-craniens d'origine otique.

Des mastoïdites compliquant les otites,

M. Gérard-Marchant. L'intéressant rapport de M. Picqué me semble passible de quelques objections : proposer la voie mastoïdienne avec ouverture cranienne dans tous les cas d'otite me semble exagéré.

Les accès cérébraux consécutifs à cette affection sont, en effet, exceptionnels ; M. Broca n'a rencontré qu'un cas d'abcès cérébral sur quatre-vingt-dix trépanations mastoïdiennes, et moi-même, sur environ trente opérations de ce genre, je n'ai trouvé qu'un cas d'abcès du cervelet.

Cette complication est donc, sinon exceptionnelle, du moins rare, étant donnée la fréquence de la mastoïdite compliquant l'otite, et la thérapeutique proposée par notre collègue n'a sa raison d'être que dans des cas heureusement peu fréquents.

M. Picqué considère comme une erreur nosologique d'étudier dans deux chapitres absolument distincts les abcès cérébraux et l'otite qui en est le point de départ.

Je suis d'avis que la pathogénie de ces abcès est, en effet, entièrement liée à l'otite, que leur traitement dérive aussi de nos connaissances sur l'anatomie pathologique de cette affection, et qu'il y a intérêt à étudier pathogénie et traitement au chapitre des

complications des otites. Mais la symptomatologie de tous ces abcès est commune, et cette vue synthétique ne doit pas échapper : je pense que tous les abcès cérébraux doivent trouver place dans un chapitre commun, dans l'histoire des affections encéphaliques, que ces abcès soient traumatiques ou infectieux.

Cela est si vrai que M. Picqué, en décrivant ces abcès d'origine otique, a parlé d'un abcès frontal d'origine traumatique, tant le rapprochement symptomatique est naturel.

Mon collègue et ami M. Picqué a fait bon marché aussi des symptômes classiques qui permettent de reconnaître ces abcès encéphaliques.

Il faut reconnaître deux catégories d'abcès cérébraux :

1° Ceux qui occupent les zones psycho-motrice ou cérébelleuse et donnent lieu à des symptômes en rapport avec leur localisation cérébrale ; c'est à leur langage classique qu'ont obéi MM. Tuffier, Mignon, lorsqu'ils ont opéré leur malade.

2° Ceux qui sont silencieux, parce qu'ils sont en dehors de ces zones, et qui se traduisent alors par de la fièvre, des frissons, une douleur, une céphalalgie constante, fixe, intolérante, par du coma.

Eh bien, ces signes, qui sont connus depuis longtemps, sont pourtant trompeurs, et j'aurais voulu que M. Picqué nous montrât les réserves cliniques qu'il faut faire, en présence de ces symptômes, avant d'admettre un abcès cérébral et de se décider à ouvrir le crâne, pour si bénigne que puisse être cette intervention.

J'ai déjà insisté, dans le *Traité de chirurgie*, sur les douleurs névralgiques, les phénomènes fébriles qui peuvent suivre une trépanation mastoïdienne pour otite. L'interprétation de ces phénomènes est délicate. S'agit-il d'une rétention purulente, d'une infection, d'une périostite mastoïdienne, d'une simple névralgie ?

Il semble que dans ces cas la fièvre n'est pas continue, atteint le summum pendant la crise pour diminuer et disparaître le lendemain. La névralgie, la céphalalgie, qui accompagne la fièvre a une période d'augment et de décroissance.

Ces cas sont toujours embarrassants, et entre plusieurs je vous citerai l'observation d'une jeune Haïtienne de dix ans que j'ai opérée en mars dernier pour une otite compliquée de mastoïdite. Moins de six jours après la trépanation mastoïdienne, qui avait fait cesser instantanément fièvre et douleurs, cette fillette fut reprise de phénomènes douloureux accompagnés de fièvre, de vomissements et d'une prostration extrême.

L'état nous parut si sérieux, à M. le Dr Gaume et à moi, que nous demandâmes en consultation un de nos collègues, médecin des hôpitaux, qui s'occupe avec beaucoup de talent des affections

de l'oreille. Son avis est qu'il y avait une lésion étendue du rocher et que le cas était grave.

J'étais cependant moins préoccupé de l'état de cette enfant que mes confrères, en raison des observations analogues que j'avais pu faire. Cet optimisme a eu sa raison d'être, car moins de quinze jours après cette enfant était absolument guérie, et depuis son état de santé est florissant.

Je conclus donc :

1° Que, dans les otites, les complications encéphaliques sont rares, surtout avec la thérapeutique actuelle ;

2° Que la trépanation mastoïdienne hâtive, classique, est le meilleur moyen de s'opposer à leur apparition ;

3° Qu'il ne faut pratiquer d'ouverture intra-cranienne que lorsque des symptômes très positifs traduisent ou font redouter une complication encéphalique. Dans ces cas, la voie préconisée par Hellser et, après lui, M. Picqué est excellente.

Suite de la discussion sur la gastro-entérostomie au moyen du bouton de Murphy.

M. Ch. Monod. Pour faire suite aux observations récemment communiquées par M. Quénu, M. Monod résume un nouveau fait de gastro-entérostomie pratiquée, avec un plein succès, à l'aide du bouton de Murphy[1].

Il s'agit d'un homme de 46 ans, D..., typographe, entré dans le courant de novembre 1894 à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service du Dr Letulle : qui, après examen, a confié son malade à M. Monod.

Cet homme ne présente point d'antécédents ni héréditaires, ni diathésiques. Depuis plusieurs années, on avait constaté chez lui l'existence d'une dilatation de l'estomac, s'accompagnant d'une constipation opiniâtre.

Ce n'est cependant que depuis dix-huit mois que sa santé est réellement troublée, les digestions devenaient de plus en plus pénibles, donnant lieu journellement à des vomissements de matières liquides, qui survenaient en général quatre heures après les deux principaux repas et qui étaient toujours précédés d'une violente douleur au creux epigastrique.

En janvier dernier, on lui fit des lavages de l'estomac. Vers la fin de février, environ quinze jours après le dernier lavage, hématémèse abondante (3/4 de litre) de sang noir, suivie de syncope.

A la suite, les accidents gast[illegible]ont accentués, et les vomis-

[1] D'après les notes fournies par M. Beau[illegible]t, interne du service.

sements, précédemment liquides, sont devenus alimentaires; d'autre part, ils n'avaient plus lieu que la nuit. Ils étaient toujours précédés d'une violente douleur à l'épigastre.

Le malade, dès ce moment, a commencé à maigrir dans des proportions considérables. Il présente actuellement un aspect cachectique ; il est pâle, anémié, et d'une extrême faiblesse.

Localement, on constate par la palpation, dans la région de la vésicule biliaire, la présence d'une tuméfaction dure, douloureuse, immobile et légèrement bosselée.

L'estomac est dilaté, il semble descendre à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic ; transversalement il s'étend d'un flanc à l'autre.

Le malade se nourrit exclusivement de lait qu'il conserve à peine ; toutes les nuits il est pris de vomissements abondants, dans lesquels on retrouve la presque totalité du lait ingéré.

L'anastomose gastro-intestinale proposée au malade, qui est intelligent et se rend compte de son état, est acceptée par lui avec empressement.

Opération le 8 décembre (anesthésie à l'éther).

1er temps. Incision médiane de l'appendice xyphoïde à l'ombilic, prolongée plus tard un peu au delà.

2e temps : Reche[illegible] *examen de l'estomac.* — Il est moins dilaté dans le sens vertica[illegible] ne l'avait pensé. L'extrémité pylorique est placée sous le foie ; [illegible]st le siège d'une tumeur dure, irrégulière, du volume d'un œuf environ.

3e temps : Recherche de l'anse initiale du jéjunum. — Le grand épiploon étant relevé avec le côlon transverse, on reconnait le mésocôlon transverse et le ligament de Treitz. Immédiatement à gauche de celui-ci, on découvre profondément une anse d'intestin grêle qui doit être le jéjunum. Cette anse est attirée et orientée de telle sorte qu'elle décrive une courbe de gauche à droite, d'après le procédé de Rockwitz, dont M. Doyen a fait ressortir l'importance (v. fig. 2). Suivant le conseil de ce dernier, deux fils sont passés dans le mésentère, l'un en aval, l'autre en amont du point où sera faite l'anastomose, fils dont l'un est muni d'une pince[illegible]autre simplement noué; ils servent de points de repère et permettront de conserver à l'anse la direction voulue au moment où l'on établira l'anastomose.

4e temps : Rétrofixation du grand épiploon et colopexie (d'après le procédé de M. Doyen). — A travers une perforation faite dans l'épiploon gastro-colique, on refoule le grand épiploon dans l'arrière-cavité des épiploons, puis l'on fixe par cinq points de suture séro-séreux à la soie fine le côlon transverse à la grande courbure de l'estomac[1]. Cette suture comprend presque toute l'épaisseur des parois des deux organes, la muqueuse exceptée.

[1] Pour le détail de ce temps [illegible] (voy. Doyen, *Traitement chirurgical des maladies de l'estomac*, p. [illegible] suiv.).

5e temps : Anastomose de l'estomac et de l'intestin. — Autour d'un sou, maintenu en bonne place à la face antérieure de l'estomac, très près de la grande courbure, et près de l'antre du pylore, on faufile une soie fine qui limite un espace circulaire, à côté duquel sera placée une des moitiés du bouton de Murphy (modèle 21 millimètres).

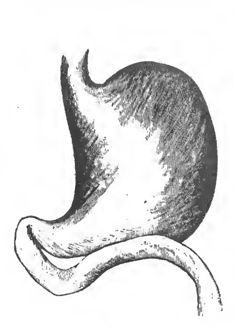


Fig. 1. — Procédé ordinaire.

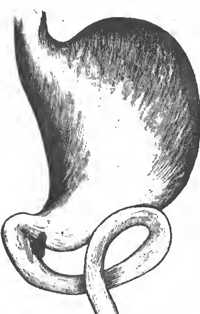


Fig. 2. — Procédé de Rockwitz. (Renversement de l'anse.)

Pour éviter toute issue de matières stomacales, la partie ainsi limitée est circonscrite elle-même par des pinces clamp, à mors garnis de caoutchouc, et modérément serrées.

Alors seulement l'estomac est incisé et l'une des moitiés du bouton introduite dans l'ouverture.

Le fil de soie faufilé à l'avance est serré, il rapproche en bourse les lèvres de l'ouverture et les accole à la base de la tige du bouton ; on a soin, avec un instrument mousse de bien enfoncer la muqueuse débordante dans la rainure qui règne à la base de la tige, de façon qu'aucune partie ne remonte le long de cette tige.

Même manœuvre exactement reproduite sur l'intestin.

Les deux moitiés du bouton sont alors rapprochées et serrées à fond.

6e temps : Fixation complémentaire du bout supérieur de l'anse intestinale. — Pour éviter la formation d'un éperon résultant de la fixation de l'intestin à l'estomac sur une étendue trop limitée (fig. 3), pour faciliter par conséquent le passage du contenu stomacal dans le bout périphérique de l'intestin, l'anse jéjunale, dans la partie qui est située à

gauche et par conséquent en amont de l'anastomose, est fixée à l'estomac sur une longueur de 5 à 6 centimètres par cinq points de suture à la soie fine, comprenant toute l'épaisseur des tuniques, la muqueuse exceptée. Le bout périphérique de l'anse, situé en aval de l'anastomose,

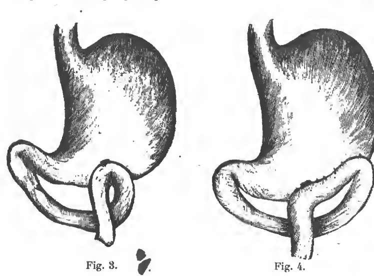


Fig. 3. Fig. 4.

est au contraire laissé pendant et se trouve par conséquent sur le prolongement de l'axe de l'estomac, circonstance favorable à la circulation des matières (*fig.* 4).

7e temps : Suture de la paroi en deux plans. — Premier plan au catgut, péritoine et muscles; deuxième plan au crin de Florence, peau. Pansement : gaze iodoformée et ouate.

Durée. — L'opération a duré en tout quarante-cinq minutes. Il faut noter cependant, que, par suite d'un incident, la suture de la paroi a pris, à elle seule, plus de dix minutes, ce qui laisse trente à trente-cinq minutes seulement pour l'opération proprement dite, y compris la colopexie et la fixation complémentaire du jéjunum.

Suites. — Les suites de l'opération ont été des plus simples. Aucune douleur, aucune réaction ; le 9, c'est-à-dire le deuxième jour, au soir, la température est montée à 39° sans que l'on ait pu découvrir la cause de cette ascension ; dès le lendemain matin, elle était revenue à la normale et s'y est dès lors maintenue.

Pas un seul vomissement depuis l'opération; pas même de nausées attribuables à l'anesthésie.

Le premier pansement a été fait le dixième jour ; les fils ont été enlevés : la réunion était parfaite.

Depuis le quinzième jour le malade se lève.

Les deux premiers jours, il ne buvait que quelques verres de lait, très bien supportés du reste. A partir du troisième jour, il en prenait

un litre, puis bientôt deux et trois litres. L'alimentation solide (pain et viande) n'a été autorisée qu'à partir du quinzième jour.

L'aspect général du malade s'est profondément modifié ; il se sent plus vigoureux et a déjà manifestement engraissé.

Le bouton a été retrouvé dans les selles le 20 décembre, c'est-à-dire le douzième jour.

Réflexions. — Je n'hésite pas à rapporter à l'emploi du bouton de Murphy le bon résultat obtenu.

Je n'avais jusqu'ici pratiqué que deux gastro-entérostomies[1] ; celle-ci est la troisième.

Mes deux premiers opérés ont succombé, le premier, le lendemain de l'opération, le second, le troisième jour. La mort, attribuable, dans le premier cas, tant à la longue durée de l'acte opératoire qu'au mauvais fonctionnement de la bouche stomacale, a été, dans le second, exclusivement due à cette dernière cause.

Or, à ce double point de vue, le bouton de Murphy nous a cette fois rendu service.

La durée de l'opération n'a été que de quarante-cinq minutes au lieu de deux heures dans notre premier cas et de une heure et demie dans le second. Avec un peu plus d'habitude, et sans l'incident qui a prolongé le temps de la suture de la paroi, elle n'eût guère duré plus de trente à trente-cinq minutes, malgré la prolongation résultant de la rétrofixation du grand épiploon, de la colopexie et de la fixation complémentaire de l'anse jéjunale en amont de l'anastomose.

Il est certain, d'autre part, que le bouton présente l'avantage d'offrir immédiatement, au passage des matières, un canal rigide et de traversée facile. L'orifice obtenu par la suture, quelque étendu qu'on le suppose, est à bords flasques; il se peut que sa béance, au moins pendant les premiers jours, ne soit pas absolument assurée.

Dans le même ordre d'idées, il est certain que le renversement de l'anse jéjunale, et surtout la précaution que j'ai prise de fixer le long de l'estomac la portion d'intestin qui est en amont de l'anastomose, en laissant pendante la partie située en aval, ne peut que favoriser aussi la circulation des matières.

On peut craindre, en effet, surtout lorsque l'on se sert du bouton, que l'anse fixée à l'estomac sur une étendue en somme assez petite, y demeure comme suspendue, comme le serait un ruban fixé par un clou à un plafond. Les deux bouts de l'anse, s'ils sont entraînés par leur poids, aborderont le viscère à la façon de deux

[1] *Bull. de la Soc. anat.*, 1893, p. 81 et 524 (Observations recueillies par M. Jayle).

canons de fusils, d'où résulte la formation d'un éperon, pouvant s'opposer, sinon immédiatement, du moins plus tard, au libre déversement du contenu stomacal dans l'intestin ; rien ne s'opposerait du moins à ce que les liquides de l'estomac ne pénétrassent dans le bout duodénal, plutôt que dans le bout périphérique. Si, au contraire, on redresse le bout duodénal et si on le fixe en cette situation par quelques points de suture tandis qu'on laisse le bout périphérique en position déclive, il est clair, étant donnée la situation verticale de l'estomac, que les matières contenues dans ce dernier se précipiteront pour ainsi dire d'elles-mêmes dans le bout périphérique de l'anse fixée.

Un coup d'œil jeté sur les figures 3 et 4, reproduites plus haut, justifiera la proposition qui précède.

Pour ce qui est du bon fonctionnement ultérieur de la bouche stomacale, je crois de réelle utilité la petite manœuvre conseillée par M. Doyen, consistant à refouler le grand épiploon dans l'arrière-cavité des épiploons et à fixer le côlon transverse le long de la grande courbure de l'estomac.

Comme notre confrère l'a rappelé, le principal inconvénient de la gastro-entérostomie antérieure résulte de ce que le côlon et l'épiploon agissent par leur poids sur l'anse jéjunale qu'il a fallu faire passer en avant d'eux pour la fixer à l'estomac. De là résulte une tendance à l'étranglement de l'anse jéjunale au niveau du nouveau pylore, et, réciproquement, une compression du côlon transverse bridé par l'intestin anastomosé à l'estomac.

On évite cet inconvénient d'abord en se débarrassant du grand épiploon refoulé derrière l'estomac à travers une perforation faite au mésocôlon gastro-colique, puis en fixant le côlon transverse à l'estomac. Il est à remarquer d'ailleurs que le côlon, suivant le mouvement du grand épiploon, a été entraîné en arrière et a subi une rotation sur son axe qui favorise sa fixation en bonne position. Les figures 144 à 147 du livre de M. Doyen (p. 282 et suiv.) rendent bien compte de ces diverses particularités.

L'avenir montrera la valeur réelle de cette pratique. Elle me paraît *à priori* aussi rationnelle qu'ingénieuse.

M. Quénu. Le fait de M. Monod est tout à fait intéressant. Il nous montre un bouton de Murphy rendu au douzième jour de l'opération dans des conditions qui répondent parfaitement à certaines objections faites contre son emploi. M. Monod a cru devoir perforer le mésocôlon pour aboucher dans des conditions plus simples l'intestin avec l'estomac. C'est une pratique dont je me suis toujours passé, et avec raison, je pense. Il faut remarquer, en effet, que l'opération de M. Monod a duré quarante-cinq minutes. C'est dire

que pour éviter de petits inconvénients, plus théoriques que réels, on a plus que doublé le temps nécessaire à l'exécution de la gastro-entérostomie. Un opérateur très exercé, comme Murphy, a pu faire cette opération en quinze minutes. J'y ai toujours mis un peu plus de temps : dix-sept, dix-neuf, vingt minutes.

Après les succès que j'ai rapportés, je dois faire connaître un revers éprouvé, il y a une dizaine de jours, d'autant plus que la cause m'en est imputable. J'avais opéré assez rapidement, en vingt minutes; mais, au cours de l'opération, une faute avait été commise : mon aide avait lâché un moment l'estomac et une certaine quantité de liquide avait souillé le péritoine. Mon malade fut alimenté dès le lendemain de l'opération. Il alla bien pendant deux jours; mais, au cours du troisième, la température s'éleva et il succomba, le quatrième jour, après avoir éprouvé de vives douleurs, mais sans météorisme, ni signes de péritonite appréciables.

A l'autopsie, on trouva tout de suite un certain degré d'écartement entre les viscères. Le bouton *était vu* entre les viscères écartés sur une longueur d'un millimètre. Les deux parties du bouton n'avaient pas été mises en contact suffisamment serré.

Ainsi moi qui, à l'inverse de M. Chaput, avais tant insisté sur la nécessité de serrer les deux portions du bouton, je me suis moi-même trouvé en faute. J'ai sans doute voulu aller trop vite, et j'ai mal serré. Je déclare plus que jamais que le serrage du bouton de Murphy doit être poussé aussi loin qu'on le peut faire à travers les viscères. Il faut que la séreuse fasse hernie des deux côtés sous le plateau correspondant. Dans mon cas, en effet, et probablement dans tous les cas malheureux, que l'on pourra rapprocher de celui-ci, il ne s'est pas produit du sphacèle, mais il y a eu déhiscence par insuffisance de constriction.

M. Chaput. L'observation de M. Monod est très intéressante, et nous ne pouvons que le féliciter du résultat obtenu ; mais je voudrais ajouter quelques remarques indispensables.

1° Le procédé de Doyen qui consiste à refouler le grand épiploon dans l'arrière cavité à travers une boutonnière du ligament gastro-colique présente un grand inconvénient. L'épiploon introduit dans l'arrière cavité forme un tampon énorme et il est souvent difficile de suturer le côlon transverse à l'estomac. En outre, cette suture risque de se déchirer si l'épiploon ressort de l'orifice du ligament gastro-colique et vient refouler le côlon transverse en avant. La déchirure des sutures peut provoquer des perforations ultérieures de l'intestin quoique la muqueuse n'ait pas été comprise dans les fils.

2° Pour éviter la formation de l'éperon, M. Monod a imaginé de

suturer l'intestin à l'estomac au delà de la bouche anastomotique. Ce procédé est imité de Billroth, qui fixe l'intestin à l'estomac à droite et à gauche de l'anastomose. Notre collègue Pozzi a publié, il y a quelques années, une observation dans laquelle il employa le procédé de Billroth.

J'ai récemment employé le procédé suivant pour placer l'éperon sur le bout supérieur. J'ai passé sous le bout supérieur de l'intestin une lanière de gaze iodoformée ; j'ai ensuite porté l'intestin en haut et j'ai suturé les deux chefs de ma lanière iodoformée le plus haut possible sur la face antérieure de l'estomac. De cette façon, l'éperon a été formé au niveau de la gaze iodoformée et sur le bout supérieur, en laissant parfaitement libre le bout inférieur. Ce procédé est plus simple que celui de Billroth, et comme lui il n'empêche pas le passage de la bile dans le bout inférieur.

3° A l'observation triomphante de M. Monod, j'en opposerai quelques autres qui sont de nature à nous refroidir au sujet de l'opération de Murphy.

J'ai lu récemment une observation dans laquelle le bouton n'était pas encore éliminé au bout de six semaines (Ullmann).

Je sais aussi qu'un malade est mort récemment d'occlusion ; un autre a eu une fistule stercorale, trop heureux encore de n'avoir pas ses matières dans le ventre. Je n'insiste pas sur ces observations qui ne m'appartiennent pas et qui seront publiées par leurs auteurs.

Je connaissais aussi le fait de M. Quénu. Dans mes expériences sur le Murphy, j'ai eu des péritonites parce que le bouton était trop serré, et d'autres parce qu'il ne l'était pas assez.

Si M. Quénu avait, comme je le recommande, placé une rangée de sutures par-dessus son bouton, il aurait sans doute évité une péritonite mortelle.

Une dernière remarque : M. Quénu s'accuse d'avoir commis une faute opératoire en ne serrant pas assez son bouton ; cet aveu nous impose la réflexion suivante : pour qu'un chirurgien de la valeur de M. Quénu, qui a l'expérience du bouton de Murphy, avoue avoir commis une faute opératoire à sa troisième ou quatrième opération, il faut vraiment, ainsi que je le disais dans mon dernier mémoire, que cette opération soit d'une exécution difficile et que son emploi exige beaucoup de précautions et de prudence.

M. Quénu. Je ne puis pas considérer comme bien établi un cas d'obstruction qui reste à l'état d'on dit.

M. Monod. D'après ce que vient de dire M. Chaput, dans le procédé de Billroth, l'anse est fixée le long de l'estomac, à droite et à

gauche de l'anastomose. J'ai insisté sur l'importance de ne fixer que le bout supérieur et de laisser l'inférieur pendant et dans l'axe de l'estomac.

M. Pozzi. C'est précisément ce que j'ai vu faire à Billroth. Je l'ai rapporté tout au long à la Société de chirurgie.

Communication.

De la réparation des difformités nasales par la prothèse métallique intercutanéo-muqueuse,

Par le Dr Chaput.

La réparation des difformités nasales est relativement facile lorsque le squelette ostéo-cartilagineux persiste dans son intégrité. Il est alors indiqué de se procurer des lambeaux suffisants, soit sur les parties voisines, soit par un lambeau provenant du front ou de l'avant-bras (Méthodes de Celse, Indienne, Italienne). On peut encore détacher complètement un lambeau d'une autre région du corps et le transplanter sur la partie avivée (Greffe par transplantation).

Mais lorsque le squelette nasal est affaissé, les difficultés sont des plus grandes. On peut, à la rigueur, employer un lambeau frontal doublé d'une plaque osseuse empruntée aux os du crâne (procédé de Kœnig) ; mais il est impossible, avec ce procédé, d'obtenir une réparation absolument régulière et d'une exactitude mathématique.

Il n'en est pas de même de l'ingénieux procédé de M. Martin, de Lyon, qui a imaginé de soutenir les lambeaux par un trépied métallique implanté sur le squelette.

Malheureusement, si les résultats immédiats de M. Martin sont fort beaux, il n'en est pas de même des résultats éloignés. A la longue, le trépied métallique infecté par son exposition à l'air provoque de la suppuration et finit par s'éliminer.

Un opéré par la méthode de M. Martin, qui est venu échouer à Paris, chez un de nos collègues, en est la preuve. Les opérés de M. Delorme, fournissent la même démonstration. M. Forgue, qui a fait un assez grand nombre de ces opérations, pourrait peut-être aussi nous donner des renseignements intéressants sur ce point.

J'ai pensé que pour rendre parfait le procédé de M. Martin, il suffisait d'enfouir le trépied métallique au sein des tissus, comme le fil d'argent qu'on abandonne dans les sutures osseuses. Protégé

contre les infections extérieures, le trépied ne peut provoquer la suppuration, ni s'éliminer. C'est ce que j'appelle la prothèse métallique intercutanéo-muqueuse.

L'emploi du trépied métallique, dans l'épaisseur des tissus, comporte certaines précautions spéciales que je vous demande la permission de vous exposer.

Deux cas peuvent se présenter.

Dans le premier, la peau de la région nasale est intacte, comme dans les effondrements d'origine syphilitique. Dans le second cas, la peau est altérée et inutilisable.

Lorsque la peau de la région nasale est intacte, je propose de procéder de la manière suivante : On encadre le nez par une incision en U dont l'ouverture est dirigée en bas. — La partie supérieure de l'incision, correspond à l'intervalle des deux sourcils ; les branches de l'U empiètent un peu sur les maxillaires ; leurs extrémités inférieures correspondent au bord inférieur des ailes du nez.

Le lambeau ainsi limité est disséqué avec soin et rabattu en bas ; il est indispensable que la muqueuse des fosses nasales ne soit pas ouverte pendant cette opération.

On procède ensuite au forage des trous qui doivent recevoir le trépied métallique. Un premier trou est fait au niveau de l'épine nasale du frontal. Deux autres sont forés sur les maxillaires un peu en dehors des ailes du nez.

Pour que le perforateur n'embroche pas la muqueuse nasale, il est indispensable de décoller à la racine cette muqueuse, de la face interne du maxillaire dans une étendue de 1 centimètre environ.

Les trois orifices étant faits, on y introduit les extrémités du trépied. On rabat le lambeau cutané par-dessus et on apprécie le degré de la réparation. Si le trépied est trop grand, on le réduit avec la pince coupante ; s'il est trop petit, il n'y a pas de remède ; aussi faut-il toujours prendre les mesures un peu grandes.

Quand on estime que la réparation sera satisfaisante, on procède à la suture du lambeau, qu'on ramène à sa position première.

Les sutures au crin paraissent particulièrement bien tolérées dans l'espèce.

Comme pansement, le plus simple consiste à projeter deux fois par jour de la poudre d'iodoforme sur les lignes de suture.

Quelques mots maintenant sur le trépied métallique. On peut le construire en platine, mais le prix en est assez élevé ; je pense que l'argent doré, qui coûte très peu de chose, est parfaitement suffisant.

Les mensurations pour construire le trépied doivent indiquer :

1° la longueur de la branche dorsale ; 2° celle des branches latérales ; 3° l'écartement à donner aux extrémités des branches latérales; 4° la distance entre les extrémités des branches latérales et de la branche dorsale.

La largeur des lames doit être de 4 millimètres, elles sont convexes en dehors. Les branches latérales doivent être orientées dans le plan des ailes du nez ; tous les bords sont soigneusement arrondis.

Les extrémités des branches se terminent en pointes longues de 6 à 8 millimètres ; les pointes ne doivent pas entrer en ligne de compte pour les mesures inscrites.

Il est bon de faire faire d'abord un patron en zinc ; on le présente sur la figure du malade, on le rectifie s'il y a lieu et on exécute ensuite l'instrument définitif en argent doré.

L'appareil semble devoir être toléré indéfiniment ; j'ai suivi mes deux malades l'une quinze mois, l'autre dix mois, elles n'avaient pas d'accidents. Chez l'une d'elles, une suppuration partie du sac lacrymal a exposé un des bords de l'appareil ; cependant, la cicatrisation s'est faite sans élimination.

Lorsque la peau de la région nasale fait défaut ou est de mauvaise qualité, il faut procéder d'une manière différente, on doit placer le trépied entre deux plans de lambeaux.

Sur un malade que mon maître, M. Duplay, a bien voulu me montrer, nous avons l'intention de conduire la réparation de la façon suivante :

Disons d'abord qu'il s'agit d'un homme qui a reçu à la chasse un coup de feu qui lui a enlevé le nez, la lèvre supérieure et la partie interne des maxillaires avec la voûte palatine osseuse ; il existe donc entre les deux pommettes une vaste gueule de loup qui fait communiquer largement la bouche et le nez avec l'extérieur.

Nous pensons procéder ainsi :

Dans un premier temps, nous ferons les débridements nécessaires pour reconstituer la lèvre supérieure.

Nous prendrons ensuite sur les joues deux lambeaux quadrilatères qui resteront adhérents à la face par leur côté interne.

Ces lambeaux seront suturés l'un à l'autre sur la ligne médiane, épiderme en dedans, face cruentée en dehors.

Quelques jours après, nous aviverons à la curette la face cruentée de nos lambeaux, nous mettrons en place le trépied métallique et nous le recouvrirons par un grand lambeau frontal, avec lequel nous formerons en outre la sous-cloison. Si ce lambeau contient quelques follicules pileux, nous les détruirons ultérieurement par l'électrolyse. Nous vous rendrons compte ultérieurement des résultats de ce programme opératoire.

J'ai fait deux fois la prothèse intercutanéo-muqueuse. Dans les deux cas, le trépied a été parfaitement toléré. La première malade a fourni un résultat esthétique excellent ; la seconde est moins bien réparée, les mesures du trépied n'ayant pas été prises ou exécutées parfaitement. Je pense d'ailleurs chez cette seconde malade replacer prochainement un trépied mieux conditionné.

Obs. I. — *Effondrement du nez dû à la syphilis héréditaire. Prothèse métallique intercutanéo-muqueuse. Résultat excellent et définitif.*

Il s'agit d'une jeune fille de 25 ans, domestique, qui m'a été envoyée à la Salpêtrière par mon distingué confrère et ami M. le Dr Natier.

La malade présente un effondrement du nez dont elle attribue la cause à une chute qu'elle aurait faite de son berceau à l'âge de 2 ans.



Fig. 1. — Malade de l'observation I, avant l'opération. (Photogravure.)

La difformité était telle que cette fille ne pouvait se placer comme domestique dans aucune maison à cause de l'aspect disgracieux de sa physionomie. C'est pour cette raison qu'elle demanda l'avis de M. Natier qui eut l'obligeance de me la confier.

A l'entrée je constate l'effondrement nasal. Le nez est pour ainsi dire réduit à son lobule. Le dos du nez n'existe pas, il est sur le même plan que le reste de la face.

En considérant la malade de profil, on voit que le nez décrit une courbe à concavité antérieure et supérieure. Les os du nez sont représentés par une lamelle osseuse un peu convexe en avant faisant à peine

une saillie de quelques millimètres sur le plan de l'apophyse montante du maxillaire supérieur.

De telles lésions étant incompatibles avec un traumatisme du genre de celui invoqué par la malade, je les attribuai sans hésiter à la syphilis infantile soit héréditaire, soit contractée en nourrice.

Seule, en effet, la vérole provoque de pareilles destructions des os du nez et de la cloison, la tuberculose est incapable d'en occasionner de semblables.

Pour arriver à reconstituer un nez saillant je commandai à M. Collin un trépied en platine construit sur les indications fournies par M. Martin dans son bel ouvrage sur la prothèse, et d'après les mesures que je pris sur la malade.

Pour éviter l'infection du squelette métallique et son élimination, je résolus de le placer entre la peau et la muqueuse des fosses nasales.

Dans la semaine qui précéda l'opération, je fis faire à la malade quatre lavages par jour dans les fosses nasales avec une solution de permanganate de potasse à 1/1000.

L'opération eut lieu le 29 mars 1893.

Je fis une incision en forme d'U renversé ouvert en bas. La partie transversale de l'U correspondait à l'intervalle des sourcils, les branches rectilignes légèrement obliques en bas et en dehors se terminaient un peu en dehors des ailes du nez au niveau de leur bord inférieur. Les parties molles furent incisées jusqu'aux os; l'hémorragie fut considérable et je dus placer une cinquantaine de pinces hémostatiques. Avec une rugine je dénudai les os jusqu'au pourtour de l'orifice nasal.

A partir de ce moment je disséquai soigneusement le lambeau cutané de façon à ne pas ouvrir la cavité des fosses nasales; malgré mes précautions la perforation eut lieu en deux endroits mais dans une étendue insignifiante.

Je présentai alors mon trépied de platine et pour le fixer je fis au drill trois perforations dans les os, l'une en haut sur le frontal, sur la ligne médiane; les deux autres en bas sur les maxillaires, un peu en dehors de l'orifice nasal.

Je passai deux fils d'argent à travers les os nasaux et je pus en les enroulant convenablement fixer fortement mon trépied métallique. Avant d'assujettir par des sutures les pieds inférieurs de mon appareil, je rabattis la peau en haut pour juger de l'effet. La saillie obtenue était insuffisante.

Je me mis en devoir de faire bomber en avant l'arête métallique dorsale, ce qui fut facile à l'aide d'une simple pince hémostatique; je rapprochai en outre les pieds inférieurs de la ligne médiane. Mais pour obtenir une saillie convenable je dus les engager dans l'orifice osseux des fosses nasales, sans autre point d'appui que le contact avec le bord osseux tranchant. Les extrémités métalliques appuyaient même sur la muqueuse nasale.

J'enlevai toutes mes pinces hémostatiques et j'exécutai des sutures au crin de Florence qui suffirent pour arrêter le sang.

Comme pansement je me contentai de saupoudrer de l'iodoforme sur les lignes de suture. Je prescrivis en outre un lavage chaque jour dans les fosses nasales avec de l'eau bouillie.

La réunion était complète au bout de huit jours et la malade pouvait sortir le 26 avril complètement guérie. Je la présentai le même jour à la Société de chirurgie. A cette époque, le dos du nez était reconstitué, il faisait une saillie d'un centimètre et demi ou deux centimètres sur le plan de la face.

Il n'existait pas de suintement purulent ni sur la face ni dans les fosses nasales ; donc le corps étranger était parfaitement toléré.



Fig. 2. — Malade de l'observation I, après l'opération. (Photogravure.)

Le sera-t-il indéfiniment ? Rien ne permet de supposer le contraire.

Le point original et intéressant de cette observation est d'avoir placé le squelette métallique entre la peau et la muqueuse. Les autoplasties sur trépied métallique relatées dans l'ouvrage de M. Martin comportaient toutes l'exposition du trépied à l'air au niveau de sa face profonde qui par surcroit était encore souillée par les mucosités nasales. Ici rien de pareil, le corps étranger est enterré au sein des tissus et je pense qu'il sera toléré indéfiniment tout aussi bien que les fils d'argent des sutures de la rotule.

M. Berger a formulé des réserves pour l'avenir disant que la pression des parties molles pourrait bien affaisser le trépied de platine. J'ai revu plusieurs fois la malade dans le courant de cette année, le résultat s'est maintenu absolument tel que lors de ma présentation à la Société

de chirurgie (avril 1893) ; elle m'a écrit en janvier 1894 une lettre pleine de reconnaissance, le résultat définitif peut donc être considéré comme acquis.

Obs. II. — *Effondrement du nez d'origine syphilitique. Prothèse métallique intercutanéo-muqueuse. Guérison. Résultat esthétique assez satisfaisant; l'appareil est parfaitement toléré depuis quinze mois.*

A. A..., âgée de 15 ans, entre à la Salpêtrière le 4 septembre 1893.

Rien à noter dans ses antécédents héréditaires. Elle a eu en mars 1893 une fièvre typhoïde.

Elle raconte qu'à l'âge de 9 ans, à la suite d'une chute sur le nez, elle vit se développer une fistule lacrymale à l'œil droit; cette fistule se



Fig. 3. — Malade de l'observation II, avant l'opération. (Photogravure.)

ferma au bout de six mois. Vers la même époque le nez augmenta considérablement de volume, devint rouge et marbré sans violentes douleurs. Une suppuration abondante s'établit par les deux narines.

La malade fut traitée au Havre; on la soumit au traitement spécifique.

En 1890, les cornets, la cloison, les os propres du nez s'éliminèrent par suppuration.

La malade a conservé depuis de l'ozène pour lequel elle a été soignée par M. le Dr Natier.

Actuellement le nez est considérablement déformé. La ligne du front se continue en ligne droite jusqu'au niveau du lobule du nez. Le squelette des os propres manque complètement. Le lobule est encadré en haut par un sillon qui ressemble à celui d'une lorgnette.

La déformation est horrible.

L'aile droite du nez présente un sillon cicatriciel qui ajoute à la déformation générale.

Le 1er octobre 1893 j'exécute l'opération suivante :

Je fais une incision cutanée en forme de U, dont l'ouverture regarde en bas ; cette incision encadre le nez ; en haut elle correspond à l'intervalle des sourcils, en bas elle s'arrête au niveau du bord inférieur des narines.

Le grand lambeau nasal ainsi dessiné est disséqué avec soin et rabattu en bas en prenant soin de ne pas ouvrir les fosses nasales ce qui est assez facile.



Fig. 4. — Malade de l'observation II, après l'opération. (Photogravure.)

Avec la rugine je décolle la muqueuse nasale de la face interne du maxillaire supérieur, afin d'éviter la perforation de cette muqueuse pendant les manœuvres ultérieures. Ce décollement est effectué sans ouvrir la cavité nasale.

Avec un drill j'exécute trois forages osseux, l'un en haut sur la ligne médiane au niveau du sillon naso-frontal ; les deux autres sur le maxillaire supérieur de chaque côté de la base des ailes du nez.

J'introduis dans les trous osseux les trois pointes de mon trépied métallique en argent doré. Malheureusement, les mesures n'ont pas été très bien prises et l'appareil n'est pas assez saillant.

Suture de la peau aux crins de Florence ; pas de pansement, simples pulvérisations d'iodoforme en poudre.

Guérison facile et rapide.

Deux mois après cette intervention la malade présenta une poussée inflammatoire au niveau du sac lacrymal ; je fis l'incision d'un abcès, puis le débridement des points lacrymaux et le cathétérisme du canal

nasal. Ce traitement finit par tarir l'abcès au bout de quatre à cinq mois ; quoique le bord de l'appareil ait été senti au fond de l'abcès, le trépied n'a cependant pas été éliminé.

La guérison s'est maintenue depuis sans aucune rechute.

J'ai présenté la malade à la Société de chirurgie le 19 décembre 1894, quatorze mois après son opération. L'amélioration au point de vue esthétique, sans être parfaite, est très appréciable. La peau est parfaitement saine au niveau du trépied. Il n'y a pas trace de suppuration. La malade a conservé son ozène d'origine spécifique.

J'ai tenu à présenter cette malade non pas comme un type parfait de réparation, mais comme une preuve de la tolérance prolongée pour le corps étranger et comme un exemple de ce qu'on est en droit d'attendre de la méthode intercutanéo-muqueuse.

J'ai d'ailleurs l'intention de réopérer cette malade et de lui placer prochainement un trépied mieux conditionné. J'aurai l'honneur de vous la représenter ultérieurement.

Conclusions. — 1° La prothèse métallique imaginée par M. Martin, de Lyon, est une excellente méthode pour la réparation des difformités nasales, à la condition qu'on modifie la technique de M. Martin. Au lieu de laisser le trépied en communication avec l'extérieur, il faut l'enterrer complètement au sein des tissus, comme une ligature perdue ;

2° Lorsque la peau de la région nasale est saine, il suffit de disséquer un grand lambeau à base inférieure, de le rabattre en bas, de fixer le trépied dans les os, et de remettre en place le lambeau cutané qu'on fixe par des sutures ;

3° Lorsque la peau est mauvaise, ou absente, il faut placer l'appareil entre deux plans de lambeaux se regardant par leurs faces cruentées ;

4° Mes observations prouvent que ces trépieds peuvent être tolérés indéfiniment.

Rapports.

I. — *Sur le traitement de la pleurésie purulente par la trépanation costale*, par M. Rey, professeur à l'École de médecine, chirurgien des hôpitaux d'Alger.

Rapport par M. Michaux

Je dois vous rendre compte d'un travail adressé, il y a quelques mois, à la Société de chirurgie par M. le Dr A. Rey, professeur à l'École de médecine, chirurgien des hôpitaux d'Alger. Ce travail a

pour titre : *Traitement de la pleurésie purulente par la trépanation costale.*

Reprenant le procédé de Reybard, notre confrère l'a modernisé, perfectionné et appliqué au traitement chirurgical de la pleurésie purulente dans trois cas observés pendant un temps suffisant pour permettre d'en apprécier les résultats.

Ces résultats, je m'empresse de le reconnaître, ont été très satisfaisants, et M. Rey a pratiqué plusieurs fois depuis cette opération ; mais ces interventions sont trop récentes pour que notre confrère ait cru devoir les rapporter.

M. Rey a fait quelques recherches anatomiques pour régler la trépanation costale.

Ces recherches lui ont démontré que les deux côtes les plus larges étaient la 8e et la 9e côte, surtout cette dernière. La largeur maxima se trouve en arrière, à 7 centimètres environ de l'angle des côtes ; à ce niveau, la face externe de la 9e côte mesure 18 millimètres environ, la face interne compte 14 millimètres au-dessus de la gouttière, celle-ci mesurant 4 millimètres.

L'épaisseur moyenne des deux côtes précitées serait d'environ 1 centimètre, d'après M. Rey.

Une couronne de trépan de 1 centimètre de diamètre, appliquée à 7 centimètres de l'angle de la 9e côte, laisse donc intacts 4 millimètres au-dessus, 4 millimètres au-dessous. Le trépan ainsi appliqué n'aurait jamais divisé les vaisseaux intercostaux cachés dans les 4 millimètres inférieurs qui répondent à la gouttière.

Le manuel opératoire est ainsi réglé :

Anesthésie générale ou locale.

A 7 centimètres de l'angle des côtes sur la 9e côte, incision de 4 à 5 centimètres portant sur le milieu de la côte.

Rugination. Application d'une couronne de trépan de 1 centimètre de diamètre. Ouverture de la plèvre. Placement d'un tube à drainage du calibre du petit doigt, long de 5 centimètres seulement. Lavages plus ou moins répétés.

Au besoin, on pratiquera plusieurs ouvertures sur la même côte ou sur des côtes différentes.

Cette méthode a été appliquée sur trois malades dont je résumerai ainsi l'histoire :

Obs. I. — Un Arabe de 30 ans reçoit le 24 mars 1892 dans le 2e espace intercostal en avant un coup de couteau qui détermine une hémorragie interne abondante et grave. Pas d'intervention chirurgicale immédiate. Au bout de huit jours la température s'élève, 39°, l'état général devient mauvais ; M. Rey pratique la trépanation et des lavages avec la liqueur de Van Swieten dédoublée. Le 25 septembre 1892 le malade sort guéri

de l'hôpital. Revu le 1er juin 1893, la circonférence thoracique mesure 5 centimètres de moins du côté opéré que du côté sain.

Obs. II. — Un Arabe de 30 ans, ancien spahi, entre le 28 février 1893 dans le service de M. Rey avec une pleurésie gauche tuberculeuse suppurée ayant déjà nécessité l'opération de l'empyème. En 1890 cet homme, dont le père est mort phtisique, a présenté les premiers signes de tuberculose pulmonaire, puis pleurésie gauche suppurée qui est traitée par l'empyème. L'orifice chirurgical se referme, s'ouvre spontanément une seconde fois par un gros abcès postérieur. L'état général est mauvais et c'est dans ces conditions que le malade rentre dans le service de M. Rey qui lui pratique le 2 mars une double trépanation costale sur la ligne axillaire (5e et 8e côtes gauches). Lavages au sublimé. Amélioration rapide, les drains sont enlevés au bout d'un mois. Cicatrisation rapide. Revu au bout d'un an en très bon état.

Obs. III. — Jardinier des environs d'Alger, 31 ans. Pleurésie purulente d'emblée datant d'un mois et demi environ. Le 27 avril trépanation de la 7e côte, il ne s'écoule que du sang. L'état général s'aggrave, le 10 mai 2e trépanation 8e côte près de l'angle de l'omoplate, 1/2 litre de pus. Ce malade quitte l'hôpital deux mois plus tard complètement guéri.

Les avantages que M. Rey voit à ce procédé sont les suivants :

1° Permettre facilement l'antisepsie de la cavité pleurale sans craindre la jonction des côtes et leur chevauchement par suite des rétractions ;

2° Conserver intacte la cage thoracique plus que la résection partielle sur laquelle elle aurait « tous les avantages qu'un orifice parfaitement circulaire offre pour l'introduction d'un drain à demeure » ;

3° Faciliter le rétablissement de la fonction respiratoire par le maintien de l'intégrité absolue du thorax.

Les nécroses des côtes, signalées jadis à la suite de la transfixion des côtes par le trocart métallique de Reybard, n'existeraient pas avec les précautions antiseptiques et les tubes de caoutchouc un peu résistants.

Je ne saurais, messieurs, m'associer aux conclusions de notre confrère, et sans vouloir entrer dans la discussion du meilleur traitement de la pleurésie purulente, discussion qui m'entraînerait trop loin, je ne vois pas la nécessité de revenir à ce procédé quand nous avons à notre disposition les méthodes aspiratrices, l'empyème simple, l'empyème avec résection costale permanente ou temporaire, toutes méthodes simples ayant chacune leurs indications et répondant à des degrés divers dans la gravité et la ténacité de l'affection.

Si certains microbes pyogènes peuvent produire dans la plèvre

une suppuration susceptible de guérir par la simple évacuation aspiratrice ou par un empyème, guérison après un seul lavage ou sans lavage, nous savons qu'il en est d'autres plus septiques qui nécessitent des lavages abondants et longtemps répétés. Il y a avantage à traiter ces pleurésies par l'empyème large avec ou sans résection costale. Cette large incision de la plèvre permet l'évacuation des fausses membranes, elle abrège la longueur de la suppuration, les drains peuvent être mis volumineux, changés facilement, et si on a recours à des drains suffisamment résistants, il n'y a pas à craindre qu'ils s'écrasent entre les lèvres de l'incision intercostale.

Je ne vois pas dès lors quels avantages présente la trépanation costale ; jusqu'à plus ample informé, cette méthode me semble exposer à la blessure des vaisseaux intercostaux, et je lui fais le gros reproche, dans les cas graves, de ne pas nous permettre d'agir suffisamment sur la surface pleurale et au besoin même sur le poumon.

Discussion.

M. Tillaux. Que représente, je vous prie, cette mensuration de 18 millimètres dont j'ai entendu parler ? Est-ce une moyenne ?

M. Michaux. C'est, en effet, la moyenne des largeurs observées sur une série de 9es côtes, à 7 centimètres en avant de l'angle de la côte.

II. — *Suture du nerf médian et de quatre tendons dans un foyer phlegmoneux du poignet droit; résultats un an après*, par M. Cahier, professeur suppléant au Val-de-Grâce.

Rapport par M. Quénu.

M. le Dr Cahier, professeur agrégé au Val-de-Grâce nous a lu une observation intitulée :

Suture du nerf médian et de quatre tendons dans un foyer phlegmoneux du poignet droit. Résultats un an après.

M. le Dr Cahier reçut au Val-de-Grâce au commencement de mai 1893, un soldat atteint d'un phlegmon de la face antérieure du poignet droit consécutif à l'infection de 2 plaies, l'une superficielle placée dans la paume, l'autre profonde, transversale siégeant à 2 centimètres au-dessus du pli talonnier de la main. Ces deux plaies avaient été produites quatre jours auparavant dans une chute sur des éclats de verre.

Le jour de l'entrée à l'hôpital on constatait les signes d'un phlegmon

de la gaine synoviale cubitale; l'examen de la plaie profonde faisait en outre reconnaître la section d'un certain nombre de tendons et celle du nerf médian. La sensibilité avait disparu dans tous ses modes sur tout le territoire de ce nerf sauf sur les parties latérales de la face palmaire du pouce et la partie externe de l'annulaire. Les mouvements du pouce étaient abolis, mais la douleur et le gonflement phlegmoneux de tout le poignet en rendaient suffisamment compte.

M. le Dr Cahier, après anesthésie chloroformique, agrandit la plaie au moyen d'une incision en T, sutura les 3 tendons fléchisseurs sublimes sectionnés, réunit le tendon du palmaire grêle au tendon fléchisseur de l'index et termina par la suture des 2 bouts du nerf médian.

Le foyer traumatique était recouvert sur toute son étendue d'une couche granuleuse, il fut nettoyé, irrigué au sublimé, non réuni, simplement rapproché et recouvert d'un pansement humide.

Trois jours après l'opération la sensibilité avait incomplètement reparu; neuf jours après, élimination des soies ayant servi à suturer les tendons.

Le quinzième jour la plaie était cicatrisée non sans laisser derrière elle une raideur des doigts qui nécessita un traitement prolongé. Au bout de six semaines il survint quelques vésicules d'herpès dans la paume de la main.

Quatre mois après l'accident la flexion des phalanges est incomplète; le pouce jouit de tous ses mouvements, la peau de la paume de la main est hyperesthésiée, la sensibilité ne reste amoindrie que sur la dernière phalange des 2e et 3e doigts. La pression sur la cicatrice est douloureuse et s'accompagne d'irradiations et de fourmillements dans toute la sphère du nerf sous-jacent à la cicatrice.

La force dynamométrique de la main gauche est de 40 kilogrammes, celle de la main droite de 7.

En mars 1894, M. le Dr Cahier revoit son blessé. La cicatrice adhère aux tendons fléchisseurs sublimes, la flexion des doigts se fait presque normalement.

Les muscles de l'éminence thénar n'offrent qu'une légère atrophie.

La sensibilité des doigts, sauf sur la 3e phalange de l'index, est à peu près normale.

La main gauche arrive à une force dynamométrique de 20 kilogrammes.

M. le Dr Cahier termine l'exposé de son observation en disant qu'il a voulu simplement montrer qu'on peut obtenir un résultat très favorable en suturant un nerf même dans un foyer phlegmoneux, grâce à l'emploi de bains prolongés de sublimé à 45 ou 50°.

Le résultat obtenu par notre confrère est assurément satisfaisant, nous croyons cependant que la conduite qu'il a suivie ne doit pas être généralisée. Devant un phlegmon compliquant une section tendineuse et nerveuse, nous ne nous serions pas primitivement occupé de ces dernières, nous n'aurions vu que l'infection locale,

nous aurions cherché à l'éteindre avant de songer à une chirurgie réparatrice : sans doute, quand il s'agit de plaies artérielles, l'inflammation du foyer ne nous retient guère, l'indication première est de faire l'hémostase, d'assurer le malade contre le retour d'hémorragies secondaires; mais la réunion des nerfs ou des tendons offre moins d'urgence. Je n'aime pas pour ma part à opérer dans une région qui, même plusieurs semaines auparavant, a été le foyer d'une inflammation septique. Les suppurations n'y sont point rares malgré toutes les précautions prises et il faut bien vraisemblablement supposer que les tissus gardent longtemps en dépôt des germes tout prêts à fructifier si on les met en présence de vaisseaux ouverts et de surfaces cruentées. Que dire d'une opération sur une région en pleine évolution phlegmoneuse ! Notre confrère a su éviter des accidents graves, grâce à ses soins antiseptiques et à sa non-réunion, mais il n'a pu empêcher ni l'élimination précoce des fils de soie ni l'apparition d'une névrite qui s'est traduite par de l'hyperthésie et un véritable zona palmaire. Comme toutes ses sutures ont manqué, le défaut de réunion était fatal, la suture précoce était donc inutile. Le résultat fonctionnel du côté tendineux semble simplement dû à la conservation des tendons du fléchisseur profond, du côté nerf à une régénération tardive.

La sensibilité qui s'est manifestée quelques jours après la suture n'a été qu'un phénomène dynamogénique dû à la névrite. Il eût été préférable en résumé de traiter chirurgicalement le phlegmon et au bout de plusieurs semaines, après s'être assuré du bon état des téguments, de l'absence de gonflement et de rougeur, de pratiquer les autoplasties tendineuses et nerveuses : on eût de la sorte eu plus de chances d'obtenir une réparation parfaite sans en avoir toutefois la certitude absolue pour les raisons que j'ai données plus haut.

L'observation de M. le Dr Cahier n'en demeure pas moins intéressante et mérite à son auteur l'inscription dans un rang honorable parmi les candidats au titre de membre correspondant de la Société de Chirurgie.

Présentation de malades.

Ablation du larynx.

M. Maunoury. J'ai l'honneur de vous présenter un homme, Casimir J..., maçon, âgé de 58 ans, chez lequel j'ai enlevé le larynx le 3 novembre dernier.

Depuis 1882, il présentait des troubles laryngés, caractérisés par

une extinction de la voix et une sorte d'embarras dans la gorge, mais il n'éprouvait aucune douleur. En août dernier, la gêne de la respiration et de la déglutition ayant augmenté rapidement, son médecin, le Dr Demesse, se décida à l'envoyer dans mon service, le 18 septembre, avec le diagnostic d'épithélioma du larynx.

A ce moment, la gêne de la respiration et de la déglutition était extrême; il survenait fréquemment des accès de suffocation, et le malade ne pouvait avaler qu'avec de grandes difficultés quelques cuillerées de bouillon. L'examen au laryngoscope, dans ces conditions, était bien difficile, et je dus me borner à l'exploration avec le doigt, qui me fit sentir les replis aryténoïdes durs et épaissis. J'aurais voulu retarder l'intervention de quelques jours, afin de pouvoir porter un diagnostic plus précis, mais j'eus la main forcée par des crises qui survinrent dans la nuit du 20 au 21 et qui faillirent emporter le malade. J'opérai le 21. Mon intention était de faire d'emblée la laryngectomie, mais l'asphyxie était telle que je dus y renoncer et que je me contentai de faire, ce jour-là, une trachéotomie préventive.

Les jours qui suivirent, je pensai d'abord que cela avait été fort heureux. La déglutition étant redevenue facile, l'état général s'était immédiatement amélioré et, sous l'influence de la trachéotomie, les replis aryténoïdes étaient devenus beaucoup moins congestionnés et plus souples. L'examen au laryngoscope permettait de voir une glotte simplement congestionnée et le miroir porté par la plaie trachéale montrait que l'ouverture intérieure du larynx formait une fente fort étroite mais ne présentait pas d'ulcérations. Bref, je me demandai si, malgré l'insuccès du traitement spécifique longtemps continué, il n'y avait pas là une laryngite syphilitique, ou peut-être tuberculeuse. Je fus bientôt détrompé, car, après plusieurs examens négatifs, notre confrère, le Dr Dudefoy, finit par apercevoir, entre les deux lèvres de l'ouverture glottique, une petite végétation en chou-fleur, et il se produisit peu à peu une sorte d'empâtement périlaryngé, également favorable à l'idée de tumeur maligne. L'ablation du larynx fut donc de nouveau décidée, et je la pratiquai le 3 novembre.

Malgré la vraisemblance du diagnostic, je préférai cependant, avant d'aller jusqu'au bout, avoir une certitude absolue; aussi, après avoir mis en place la canule de Trendelenburg, par laquelle le malade fut chloroformé, je commençai par sectionner, sur la ligne médiane, le cartilage thyroïde et, en écartant les deux valves, je trouvai un épithéliome envahissant le ventricule gauche du larynx, ainsi que les deux cordes vocales inférieures et tout le pourtour de la partie attenante de la trachée.

Après avoir fait, à la partie supérieure et inférieure de l'incision médiane, les deux incisions transversales du procédé de M. Périer, je dénudai la face antérieure du thyroïde, j'en détachai les insertions pharyngiennes et épiglottiques, en respectant l'épiglotte qui était saine, puis je séparai de haut en bas le larynx de l'œsophage; la difficulté fut plus grande dans l'isolement du cricoïde et des premiers anneaux de la trachée, tant à cause de l'envahissement de ces parties par la tumeur

que par suite de la trachéotomie faite six semaines auparavant. Cependant, il n'y eut là aucune difficulté sérieuse, l'hémorragie fut très minime et, une fois la trachée sectionnée et amenée par deux fils à l'extérieur, de manière que le sang ne pût y couler, je procédai aux sutures. Je suturai d'abord la base de l'épiglotte, à l'entrée de l'œsophage, ce qui ferma complètement l'ouverture pharyngée ; les trois incisions furent suturées complètement et la trachée réunie à la partie la plus déclive de l'incision verticale et la lèvre supérieure de l'incision transversale supérieure.

Les jours suivants, l'opéré alla très bien; aucune dépression ne survint. Le premier jour, j'essayai de le nourrir d'abord avec la sonde nasale, mais il la supportait mal, et on dut introduire la sonde par la bouche. Au bout de deux ou trois jours, il se produisit une sécrétion bronchique abondante, tenant évidemment à ce que le suintement sanguinolent qui se faisait par quelques points désunis des incisions s'écoulait dans la trachée. Dans la nuit du 7 au 8, des accès de suffocation s'étant produits, je dus le lendemain matin remettre une canule dans la trachée, ce qui produisit un excellent effet en permettant de panser plus aisément la plaie profonde par les points des incisions qui ont cédé et en détournant dans le pansement les liquides qui, auparavant, coulaient dans la trachée. A partir de ce jour, non seulement il n'y eut plus de gêne respiratoire, mais la plaie alla beaucoup mieux et elle ne tarda pas à se cicatriser complètement.

Le 16 novembre, c'est-à-dire treize jours après l'opération, l'opéré commença à boire lui-même et il ne sortit rien par la plaie. Le 18 novembre, il mangea des aliments solides, sans qu'il en parût la moindre parcelle dans sa plaie. Jamais, d'ailleurs, il n'y a eu communication entre la bouche et la plaie ; la suture de l'épiglotte à l'entrée de l'œsophage a bien tenu. Il est aisé de voir cette réunion au laryngoscope, l'épiglotte présente une base rétractée formant une courbure à petit rayon. Elle n'a jamais gêné le moins du monde l'entrée des aliments dans l'œsophage.

Le malade est rentré chez lui depuis trois semaines, il se porte très bien. Mais je lui maintiens une canule dans la trachée dont l'ouverture, sans cela, aurait une grande tendance à se retrécir.

Y aurait-il intérêt à essayer de lui appliquer un larynx artificiel ? Pour le moment, il peut articuler suffisamment les mots avec ses lèvres et sa langue pour se faire très aisément comprendre par les personnes qui ont quelque habitude d'être avec lui, sans qu'il lui soit nécessaire de recourir à l'écriture.

Discussion.

M. Quénu. J'approuve complètement la précaution prise par M. Maunoury d'ouvrir d'abord le larynx. Je me suis très bien trouvé, il y a quelques jours, d'avoir procédé de la sorte. Mon

malade ayant commencé à asphyxier dès le début de l'opération, je pratiquai la trachéotomie, puis la thyrotomie, et j'arrivai facilement par celle-ci sur un sarcome implanté sur la corde vocale. Le malade avait été déclaré atteint de cancer du larynx et m'avait été livré comme tel pour que je lui fisse subir l'ablation du larynx. Or, j'ai pu enlever facilement la tumeur en conservant l'organe entier et la fonction.

Présentation de pièces.

1° *Môle hydatiforme.*

M. Routier. Je vous présente cette pièce uniquement pour sa rareté :

Il s'agissait d'une femme ayant déjà eu six grossesses normales, et âgée de 38 ans. Ses dernières règles remontaient au 26 septembre. Elle se crut enceinte et entra dans un service d'accouchements, mais on la fit sortir.

Elle est entrée dans mon service pour une métrorragie qui durait depuis sept semaines.

L'examen permettait de diagnostiquer une tuméfaction de l'utérus, qui se contractait sous la main, mais avec un développement anormal, il remontait en effet à l'ombilic.

Le col était mou, mais non ouvert.

Elle fut tamponnée à son arrivée, car la perte de sang était abondante et la malade exsangue.

Dès le lendemain, il me sembla que l'utérus avait encore augmenté, ce que j'attribuai à la continuation de l'hémorragie retenue dans la matrice par le tamponnement.

Le 20 décembre 1894, je procédai au curetage, et je retirai de suite des grains de raisin caractéristique de la môle hydatiforme.

J'ai dû débrider largement le col, et, m'aidant de la main gauche pour comprimer l'utérus, j'ai pu le vider assez rapidement et tamponner au salol.

La malade est aujourd'hui en très bon état, elle a encore son teint très pâle, mais tout danger est bien écarté.

2° *Occlusion intestinale par l'appendice cœcal.*

M. Routier. L'appendice que j'ai l'honneur de présenter est intéressant à plusieurs titres :

D'abord, il était, comme pouvez le voir, sur le point de se perforer, non qu'il contînt des corps étrangers, mais par le fait d'une hémorragie interstitielle et d'une sorte de gangrène à sa paroi libre.

De plus, il occasionnait, chez la femme de 37 ans à qui je l'ai enlevé, une occlusion intestinale, et voici par quel mécanisme : parti de son insertion sur la face postérieure du cœcum, il se portait en dehors, puis croisait le cœcum en se portant en dedans et en bas pour continuer avec une bride fibreuse, épaisse comme un crayon, bride qui s'insérait très fortement dans le petit bassin et tout le long du détroit supérieur, jusqu'à l'articulation sacro-iliaque droite.

A travers cet anneau ainsi formé, le cœcum avait fait hernie, de façon à le déborder de 12 à 15 centimètres, il était assez fortement serré à ce niveau.

La malade présentait surtout la physionomie d'appendicite, elle avait un point douloureux comme une pièce de 5 francs, sans tumeur, sans empâtement, et quand on appuyait sur ce point situé à mi-chemin entre l'épine iliaque droite et l'ombilic, la douleur très vive se répercutait dans l'articulation sacro-iliaque.

Aujourd'hui, plus de trois semaines après mon opération, la malade va parfaitement, malgré une légère pleurésie droite.

Renouvellement du bureau.

Au cours de la séance, on a procédé aux élections nécessaires pour le renouvellement du Bureau pour 1895.

Sont nommés :

MM. Th. Anger, *président.*
Ch. Monod, *vice-président.*
Segond, *premier secrétaire annuel.*
Quénu, *second secrétaire annuel.*
Brun, *archiviste.*

M. Schwartz, *trésorier*, est maintenu par acclamation dans ses fonctions.

Élection d'un secrétaire général.

M. Ch. Monod étant arrivé à l'expiration de son mandat, la Société procède à l'élection d'un secrétaire général.

Ont obtenu :

MM. Paul Reclus................ 22 voix.
Kirmisson................. 6 —

En conséquence, M. Paul Reclus est élu *secrétaire général* pour cinq ans (1895-1900).

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire annuel, Peyrot.

TABLE ALPHABÉTIQUE

A

B

C

D

E

F

H

I

K

L

M

N

O

P

R

S

T

U

V

TABLE DES AUTEURS

S

T

V

W

Z

Le Gérant : G. MASSON.

Paris. — Imp. PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi (Cl.) 51.2.95.